

**GAMBARAN MANAJEMEN GEJALA HALUSINASI PADA ORANG
DENGAN SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD Dr.
AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan



Disusun Oleh :

GALUH AYU PRAVITASARI

NIM 22020111110104

**JURUSAN ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, SEPTEMBER 2015**

HALAMAN PERSEMBAHAN

“Pelajarilah olehmu akan ilmu, sebab mempelajari ilmu akan memberikan rasa takut kepada Allah SWT. Menuntutnya merupakan ibadah, mengulang – ngulangn merupakan tasbih, membahasnya merupakan jihad, mengajarkannya kepada orang – orang yang belum mengetahui merupakan sedekah, dan menyerahkan kepada ahli-Nya merupakan pendekatan diri kepada Allah SWT” (H.R. Ibnu Abdul)

Alhamdulillahrabbi’alamin senantiasa kuucapkan kepada Allah SWT sebab dengan rahmat-Mu, kasih sayang-Mu serta atas seizin-Mu aku dapat menyelesaikan karya mungil ini tanpa suatu halangan yang berarti. Semoga sebuah karya ini dapat menjadi amal bagiku dan menjadi sebuah kebanggaan bagi keluargaku tercinta.

Tulisan ini merupakan tanda bakti dan cintaku, diiringi do’a dan restumu, aku telah selesaikan satu babak perjuangan. Aku tahu, karya ini tidak dapat mengembalikan apa yang telah diberikan tanganmu dan tidak akan pernah bisa membayar jasmu.

Terimakasih atas ketulusan cinta dan kasih sayang serta segala hal yang telah Ayahanda & Ibunda berikan, segala do’a yang diharapkan, segala ilmu yang diajarkan dan segala kata bijak yang disuguhkan. Setiap tetes keringatmu jadi semangatku untuk membahagiakanmu, setiap do’amu akan menjadi penuntunku dan setiap restumu akan menjadi keberkahan bagiku.

Kupersembahkan karya mungil ini untuk yang kucintai Ayahanda Anang Haryadi, S. Pd.SD dan Ibunda Sugeng Rahayu Apriani, S.Pd.SD. Kakakku tersayang Chandra Hary Sukma, STP dan Ika Ratna, Amd.Keb serta adikku tersayang Bima Hary Prasetya dan si kecil Dipendra Satya Dimetrianda keponakan yang kusayangi.

Semoga aku selalu membahagiakan Ayahanda & Ibunda, Amin.

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : GALUH AYU PRAVITASARI

NIM : 22020111110104

Fakultas /Jurusan : Kedokteran/ Ilmu Keperawatan

Jenis : Skripsi

Judul : Gambaran Manajemen Gejala Halusinasi pada Orang
Dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD
Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas *royalty* kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/ mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 25 September
2015

Yang menyatakan,



Galuh Ayu Pravitasari

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : GALUH AYU PRAVITASARI

Tempat/ tanggal lahir : Sampit, 28 Januari 1993

Alamat Rumah : Jl. Kenari, Ds. Gunung Makmur Kec. Antang Kalang,
Kab. Sampit, Kalimantan Tengah

No.Telp : 085645960606

Email : galuh.ayu.pravitasari@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Gambaran Manajemen Gejala Halusinasi pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang” bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, 25 September
2015

Yang menyatakan,



Galuh Ayu Pravitasari

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi yang berjudul :

**GAMBARAN MANAJEMEN GEJALA HALUSINASI PADA ORANG
DENGAN SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD Dr.
AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

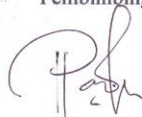
Dipersiapkan dan Disusun oleh

Nama : GALUH AYU PRAVITASARI

NIM : 22020111110104

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diseminarkan

Pembimbing



Ns. Sri Padma Sari, S.Kep.,MNS
NIP.19840506 200812 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

**GAMBARAN MANAJEMEN GEJALA HALUSINASI PADA ORANG
DENGAN SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD Dr.
AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : GALUH AYU PRAVITASARI

NIM : 22020111110104

Telah diuji, disetujui dan dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal
September 2015 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk mendapat
gelar Sarjana Keperawatan

Penguji I,



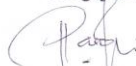
Ns. Diyan Yuli Wijayanti, S.Kep., M.Kep
NIP.19760716 200212 2 002

Penguji II,



Madya Sulisno, S.Kp., M.Kes
NIP. 19740505 201012 1 001

Penguji III,



Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS
NIP.19840506 200812 2 003

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan skripsi yang berjudul “Gambaran Manajemen Gejala Halusinasi pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang”. Skripsi keperawatan ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam mencapai Sarjana Keperawatan di Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Keberhasilan dalam penyusunan laporan skripsi ini tidak lepas dari arahan, bimbingan, saran, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, sehingga penyusunan laporan skripsi ini dapat terselesaikan. Untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Ibu Ns. Sri Padma Sari, S.Kep.,MNS selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan serta memberi arahan dengan penuh perhatian dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Ns. Diyan Yuli Wijayanti, S.Kep.,M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan masukan kepada penulis.
4. Bapak Madya Sulisno, S.Kp.,M.Kes selaku penguji II yang telah memberikan masukan kepada penulis.
5. Seluruh civitas akademik PSIK FK UNDIP yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas yang luar biasa kepada saya.
6. Kedua orang tua tercinta Anang Haryadi, S.Pd.SD dan Sugeng Rahayu Apriyani, S.Pd.SD yang senantiasa mencurahkan kasih sayang, tiada henti mendo’akan serta memberi motivasi dan dukungan baik moril maupun material dalam penyusunan skripsi ini.
7. Kakak tersayang Chandra Hary Sukma, STP, Ika Ratna, Amd. Keb yang selalu memberikan dukungan dan motivasi, serta adik tersayang Bima Hary

Prasetya, dan keponakan tersayang Dipendra Satya Dimetrianda yang selalu memberikan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.

8. Bapak dan ibu dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro atas ilmu yang diberikan selama menempuh pendidikan S1.
9. Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr. Amino Gondo Hutomo Semarang yang telah memberikan ijin untuk penelitian.
10. Seluruh Orang Dengan Skizofrenia (ODS) yang dirawat di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian.
11. Sahabat-sahabatku tercinta Euis, Dieta, Lika, Rahma, Kartika, Putri, Fichan, Alifah, Erischa, Hana Adila, dan sama-sama berjuang dan saling menguatkan dalam penyusunan skripsi ini.
12. Teman-teman satu dosen pembimbing (Euis, Naim, dan mbak Elita) yang sama-sama berjuang dalam penyusunan skripsi ini.
13. Teman-teman A11.2 (Gaza) yang sama-sama berjuang, saling menguatkan dan saling memotivasi dalam penyusunan skripsi ini.
14. Teman-teman angkatan 2011 yang berjuang bersama untuk gelar sarjana yang turut memberikan dukungan, motivasi dan doanya.
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga laporan skripsi keperawatan ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang keperawatan.

Semarang, 25 September 2015

Penulis



Galuh Ayu Pravitasari

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Persembahan	ii
Surat Pernyataan Publikasi Karya Ilmiah	iii
Surat Pernyataan Bebas Plagiarisme	iv
Lembar Persetujuan	v
Lembar Pengesahan	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
Abstrak	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	9
1. Tujuan Umum	9
2. Tujuan Khusus	9
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Dasar Skizofrenia	11
B. Halusinasi	28
C. Manajemen Halusinasi	39
D. Kerangka Teori	54
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	55
B. Jenis dan Rancangan Penelitian	55
C. Populasi, Sampel dan Teknik Sampel	56
D. Besar Sampel	59

E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	61
F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	61
G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	63
H. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data	69
I. Etika Penelitian	73
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Reponden	75
1. Karakteristik Responden Berdasarkan Karakteristik Responden.....	76
2. Karakteristik Responden Berdasarkan Data Klinis	77
3. Karakteristik Responden Berdasarkan Karakteristik Halusinasi	78
B. Gambaran Manajemen Halusinasi pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) .	79
BAB V PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Responden.....	82
1. Karakteristik Responden Berdasarkan Karakteristik Responden.....	82
2. Karakteristik Responden Berdasarkan Data Klinis	87
3. Karakteristik Responden Berdasarkan Karakteristik Halusinasi	89
B. Gambaran Manajemen Halusinasi pada Orang Dengan Skisofrenia (ODS)	91
C. Keterbatasan Penelitian.....	96
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	97
B. Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
3.1	Jumlah pasien ODS diruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo (rata-rata 1 bulan)	57
3.2	Definisi Operasional	62
4.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Data Demografi ODS diruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo	76
4.2	Distribusi Berdasarkan Data Klinis ODS diruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo	77
4.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Halusinasi ODS diruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo	78
4.4	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Manajemen Halusinasi ODS diruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo	79

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori Penelitian	54
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	55

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Judul Lampiran
1	Lembar Permohonan dan persetujuan Menjadi Responden
2	Lembar Kuesioner
3	Surat Permohonan Ijin Pengkajian Data Awal Proposal Penelitian
4	Surat Perijinan Pengkajian Data Awal Proposal Penelitian dari RSUD Dr. Amino Gondohutomo Semarang
5	Surat Permohonan Uji Expert
6	Surat Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas
7	Surat Permohonan <i>Ethical Clereance</i>
8	Surat Permohonan Ijin Penelitian
9	Surat Pernyataan Uji Expert
10	Surat Perijinan Uji Validitas dan Reliabilitas
11	Surat Perijinan <i>Ethical Clereance</i>
12	Surat Perijinan Penelitian dari RSUD Dr. Amino Gondohutomo Semarang
13	Hasil Uji Statistik Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
14	Tabulasi Kuesioner Manajemen Halusinasi
15	Tabulasi Kuesioner Tingkat Efektivitas Manajemen Halusinasi
16	Tabulasi Kuesioner Sumber Manajemen Halusinasi
17	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden (Data Demografi)
18	Distribusi Berdasarkan Data Klinis Responden
19	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Halusinasi
20	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Manajemen Halusinasi

21	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Efektivitas Manajemen Halusinasi
22	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sumber Manajemen Halusinasi
23	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Manajemen Haluisinasi, Tingkat Efektivitas, dan Sumber Manajemen Halusinasi
24	Jadwal Konsultasi
25	<i>Plan of Action</i>

Jurusan Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas diponegoro
Agustus 2015

ABSTRAK

Galuh Ayu Pravitasari

Gambaran Manajemen Gejala Halusinasi pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

xvi + 99 Halaman + 6 Tabel + 2 Gambar + 25 Lampiran

Abstrak

Halusinasi merupakan persepsi yang terganggu, yang muncul tanpa stimulus eksternal namun dianggap nyata dan hidup. Halusinasi umumnya terjadi pada orang dengan skizofrenia (ODS). Perawatan menggunakan antipsikotik pada ODS diketahui masih menunjukkan gejala halusinasi, perawatan nonfarmakologis terbukti efektif dalam mengontrol halusinasi. Penelitian bertujuan untuk mendeskripsikan gambaran manajemen gejala halusinasi pada orang dengan skizofrenia (ODS) di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Jenis penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif survey. Sampel berjumlah 67 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner Manajemen Halusinasi yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Hasil penelitian menunjukkan manajemen halusinasi yang paling sering digunakan adalah mengabaikan gejala 35.8% dan sumber manajemen secara umum berasal dari diri sendiri. Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan pemberi pelayanan kesehatan tentang manajemen halusinasi pada ODS dengan masalah halusinasi, bahwa ODS memiliki potensi untuk mengontrol halusinasi secara mandiri.

Kata Kunci : Halusinasi, Manajemen Halusinasi, Skizofrenia

Daftar Pustaka : 71 (1998 – 2015)

School of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
August 2015

ABSTRACT

Galuh Ayu Pravitasari

Hallucinations Symptom Management on People With Schizophrenia (ODS) at the Inpatient Unit of Regional Mental Hospital Dr. Amino Gondohutomo Semarang

xvi + 99 Pages + 6 Tables + 2 Images + 25 Attachments

Abstract

Hallucinations are disturbed perception, which appears without an external stimulus but considered real and alive. Hallucinations generally occurs in people with schizophrenia (ODS). Antipsychotic treatment using the ODS known to still show symptoms of hallucinations, non-pharmacological treatments shown to be effective in controlling hallucinations. The study aims to describe the hallucinations symptom management on people with schizophrenia (ODS) at inpatient unit of Regional Mental Health Hospital Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Quantitative research with a descriptive survey method. Samples numbered 67 respondents. Collecting data using questionnaires Management Hallucinations have been tested for validity and reliability. The results showed management hallucinations are most often used is to ignore the symptoms of 35.8% and management resources in general comes from yourself. Results of this research can increase knowledge of health care providers about the management hallucinations in ODS with the problem of hallucination, that the ODS has the potential to control hallucinations independently.

Keywords : Hallucination, Hallucination management, Schizophrenia

Reference : 75 (1998 – 2015)

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Skizofrenia merupakan penyakit mental yang serius, mengingat dampak yang begitu luas terhadap kemampuan individu untuk hidup produktif dan memuaskan.⁽¹⁾ Studi epidemiologi oleh *World Health Organization* menyebutkan bahwa skizofrenia mempengaruhi lebih dari 21 juta orang di seluruh dunia dan lebih sering terjadi pada laki – laki (12 juta), dibandingkan perempuan (9 juta).⁽²⁾ Timbulnya skizofrenia dapat terjadi di akhir masa remaja atau awal dewasa, biasanya sebelum usia 30. Meskipun skizofrenia telah didiagnosis pada anak-anak, sekitar 75% diantaranya mengalami pengembangan prognosis antara usia 16 dan 25 tahun. Pada pria, skizofrenia pertama kali muncul di akhir usia belasan atau awal dua puluhan, sedangkan pada wanita, skizofrenia terjadi pada usia dua puluhan atau awal tiga puluhan.⁽³⁾

Di Indonesia, prevalensi gangguan jiwa berat seperti schizophrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang. Dengan prevalensi tertinggi adalah DI Yogyakarta (2,7%), Nangroe Aceh Darussalam (2,7%), Bali (2,3%), Jawa Tengah (2,3%), dan prevalensi terendah adalah Kalimantan Barat (0,7%).⁽⁴⁾ Di Jawa Tengah, prevalensi gangguan jiwa mengalami peningkatan yang signifikan sejak tahun 2007, dari angka 0,49% meningkat menjadi 17,18%.⁽⁵⁾ Raharjo AB, Rochmawati

DH, & Purnomo (2014) memaparkan dari data rekam medik RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang tahun 2012, sebanyak 7479 orang menderita gangguan jiwa, dengan kejadian skizofrenia sebanyak 6415 pasien (85,77%). Kemudian pada tahun 2013 sebanyak 8256 orang mengalami gangguan jiwa, dengan kejadian skizofrenia sebanyak 7242 pasien (89,92%). Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan terdapat peningkatan penderita gangguan jiwa di Jawa Tengah, khususnya di daerah Semarang, dan prevalensi terbesar adalah skizofrenia.⁽⁶⁾

Skizofrenia adalah gangguan dengan serangkaian gejala yang meliputi gangguan konteks berpikir, bentuk pemikiran, persepsi, afek, rasa terhadap diri (sense of self), motivasi, perilaku, dan fungsi interpersonal.⁽⁷⁾ Terdapat dua gejala pada skizofrenia, yaitu gejala positif dan gejala negative. Gejala positif menunjuk pada gangguan pikiran, komunikasi, persepsi dan perilaku. gejala ini sering tampak diawal fase skizofrenia dan biasanya menjadi alasan klien dirawat di rumah sakit, meliputi delusi (waham), halusinasi, dan perilaku aneh (*bizzare*). Sedangkan gejala negative (gejala psikotik) merupakan gejala deficit perilaku yang berlebihan, berupa penurunan afek, kurang motivasi, penurunan interaksi sosial dan penurunan perhatian. Salah satu gejala positif yang sering muncul pada pasien dengan skizofrenia adalah halusinasi.⁽⁸⁾ Halusinasi merupakan persepsi yang salah, yang muncul tanpa stimulus eksternal : persepsi ini dianggap nyata dan hidup, dan terjadi pada ruang eksternal

(yaitu diluar kepala pasien).⁽⁹⁾ Sekitar 70% penderita skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi.⁽¹⁰⁾

Prevalensi halusinasi pada pasien skizofrenia cukup tinggi. Data Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2008 menunjukkan bahwa 185 penduduk dari 1000 penduduk mengalami gangguan jiwa diantaranya halusinasi.⁽¹¹⁾ Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSJD Dr. Amino Gondohutomo didapatkan data rekam medik (januari 2014 – februari 2015) sebanyak 10.203 orang dirawat di RSJD Amino Gondohutomo Semarang. Halusinasi merupakan kasus tertinggi kedua setelah kasus Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) dengan prosentase Resiko Perilaku Kekerasan sebanyak 4.491 kasus (43,58%) dan Halusinasi sebanyak 4.158 kasus (40,35%), selanjutnya kasus Isolasi, Resiko Bunuh Diri, Harga Diri Rendah, Waham, Defisit Perawatan Diri, Perilaku Kekerasan, Penatalaksanaan Regimen, dan Kerusakan Komunikasi Verbal. Selain itu data dua bulan terakhir yaitu Januari 2015 – Februari 2015 menunjukkan adanya peningkatan prosentase kasus halusinasi dari (40,08%) meningkat menjadi (44,61%).

Halusinasi dapat mempengaruhi perilaku seseorang yang mengalami halusinasi. Respon klien akibat terjadinya halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata.⁽¹²⁾ Dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan

kontrolnya. Pasien akan mengalami panic dan perilakunya akan dikendalikan oleh halusinasi. Pada situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*) bahkan merusak lingkungan. Untuk memperkecil kemungkinan terjadinya hal tersebut maka diperlukan penanganan yang tepat.⁽¹³⁾

Penanganan halusinasi sama dengan penanganan skizofrenia pada umumnya. Di rumah sakit, penanganan halusinasi dapat berupa intervensi biologis, intervensi psikologis, maupun intervensi sosiokultural. Pada gejala – gejala yang timbul akibat halusinasi dapat diberikan obat – obatan psikotik berupa neuroleptic sebagai bentuk intervensi biologis, teknik – teknik perilaku sebagai bentuk intervensi psikologis, serta terapi perubahan lingkungan, dan melibatkan keluarga dalam perawatan sebagai bentuk intervensi sosiokultural.⁽⁷⁾

Halusinasi memerlukan suatu strategi manajemen gejala seperti perawatan diri sendiri (*self care*) untuk mengatasi gejala halusinasi. Sebuah studi di Taiwan oleh Tsai & Ku (2005) tentang *self-care symptom management*, menemukan bahwa *self-care* manajemen gejala skizofrenia pada halusinasi pendengaran di bagi dalam 3 kategori, yaitu fisiologis, kognitif dan perilaku (behavioral). Hasil penelitian menunjukkan bahwa strategi fisiologis yang banyak digunakan adalah tidur dan mendengarkan musik. Strategi kognitif yang sering digunakan adalah mengabaikan suara halusinasi, dan strategi manajemen yang terkait perubahan perilaku yang paling sering digunakan adalah menutup telinga. Menutup telinga

ditemukan sebagai strategi yang efektif untuk mengatasi halusinasi pendengaran dan dipertimbangkan sebagai metode pasif dalam budaya barat. Peneliti juga menemukan bahwa menonton televisi adalah pendekatan yang paling umum di budaya barat, sedangkan klien dengan skizofrenia dalam budaya Cina lebih cenderung menggunakan metode yang lebih pasif, seperti mengabaikan halusinasi pendengaran, sebagai pilihan pertama.⁽¹⁴⁾

Sebuah studi fenomenologi di kota Cimahi Jawa Barat (Suryani, 2013) menunjukkan bahwa pencegahan halusinasi dapat dilakukan dengan pendekatan spiritual dan penggunaan koping yang konstruktif serta menghindari kesendirian. Di dalam penelitian ini didapatkan bahwa beberapa responden yang mengalami halusinasi menggunakan cara untuk mencegah halusinasi yang mereka alami dengan sholat, banyak teman, curhat, jangan banyak pikiran, rajin beribadah, konsultasi dengan tenaga kesehatan, dan puasa. Dalam penelitian ini, peneliti mengungkapkan bahwa dalam merawat penderita dengan halusinasi untuk melakukan pemutusan halusinasi tidak cukup dengan mengajarkan pasien untuk mengatakan “stop saya tidak mau dengar” seperti yang selama ini diajarkan oleh perawat di hampir semua rumah sakit di Indonesia. Peneliti mengatakan hal terpenting adalah bagaimana cara mencegah halusinasi tersebut yaitu dengan melatih penderita untuk mengenali situasi dan kondisi yang mencetuskan halusinasi tersebut.⁽¹⁵⁾

Aplikasi manajemen halusinasi untuk orang dengan skizofrenia dengan masalah halusinasi memerlukan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan (SP) merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dan pasien selama tindakan keperawatan berlangsung, dapat berupa percakapan maupun tindakan terjadual. Strategi pelaksanaan pada halusinasi meliputi 5 hal, yaitu : membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal halusinasi, melatih pasien mengontrol halusinasi, melatih pasien memanfaatkan obat untuk mengontrol halusinasinya, dan melibatkan keluarga dalam tindakan mengontrol halusinasi. Melatih pasien mengontrol halusinasi merupakan strategi pelaksanaan yang bertujuan untuk menyediakan manajemen gejala halusinasi diantaranya yaitu: menghardik, menyangkal (mengatakan tidak), bercakap-cakap, dan berkegiatan.⁽¹⁶⁾

Siti Fa'izah (2013) dalam studi kasusnya menggunakan startegi pelaksanaan, hasil evaluasi pada pelaksanaan SP pertama menunjukkan bahwa klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, pada pelaksanaan kedua, klien mampu mengontrol halusinasi dengan menemui orang lain untuk bercakap-cakap, kemudian pada pelaksanaan SP ketiga, klien mampu melakukan aktivitas terjadual sebagai upaya mengurangi gejala halusinasi.⁽¹⁷⁾

Studi deskriptif oleh Faiza dan Abu Bakar Sidik (2012) tentang penerapan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien halusinasi yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi menunjukkan bahwa tindakan yang

dilakukan perawat dalam membantu pasien mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik halusinasi, dan menganjurkan pasien berinteraksi dengan orang lain. Namun demikian menurutnya bila tindakan perawat dalam melatih pasien tidak dilakukan sepenuhnya maka halusinasi pasien menjadi kurang terkontrol.⁽¹⁸⁾ Berdasarkan fenomena terkait manajemen halusinasi diatas maka penulis tertarik untuk meneliti tentang manajemen gejala halusinasi pada orang dengan skizofrenia (ODS) yang mengalami halusinasi.

B. Rumusan Masalah

Gangguan persepsi sensori halusinasi mayoritas terjadi pada penderita skizofrenia. Orang dengan skizofrenia (ODS) yang mengalami halusinasi dapat berbahaya bagi dirinya sendiri maupun orang lain. Penatalaksanaan skizofrenia terbagi menjadi 3 pendekatan yaitu pendekatan farmakologis, psikologis dan sosial. Pendekatan secara farmakologis adalah penatalaksanaan skizofrenia dengan menggunakan obat-obatan antipsikotik, dan pendekatan secara psikologis adalah penatalaksanaan skizofrenia dengan menggunakan terapi psikologis seperti psikoterapi, sedangkan pendekatan secara sosial adalah penatalaksanaan skizofrenia dengan menggunakan dukungan sosial dari orang terdekat atau sekitar.

Perawatan untuk orang dengan skizofrenia (ODS), khususnya dengan masalah halusinasi diketahui efektif menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) yang umumnya dilakukan oleh perawat di rumah sakit jiwa. Pada strategi pelaksanaan tersebut, pasien diajarkan tentang cara mengontrol halusinasi seperti menghardik, bercakap-cakap, berkegiatan, dan menggunakan obat secara teratur yang sudah terbukti dapat mengontrol halusinasi.

Berdasarkan beberapa penelitian dapat diketahui bahwa terdapat manajemen halusinasi lain selain Strategi Pelaksanaan (SP) yang juga terbukti efektif dalam mengontrol halusinasi. Manajemen tersebut diantaranya meliputi manajemen perawatan diri (*self-care symptom management*), pendekatan spiritual, penggunaan koping yang konstruktif dan menghindari kesendirian. Terdapat pula tindakan atau kegiatan yang dilakukan untuk mengontrol halusinasi berupa tidur, mendengarkan musik, menutup telinga (pada halusinasi pendengaran), rajin beribadah, sholat, berpuasa, mempunyai banyak teman curhat, tidak banyak pikiran, mengobrol dengan perawat atau orang lain, dan rajin berkonsultasi dengan tenaga kesehatan.

Dengan demikian penulis ingin mengetahui gambaran manajemen gejala halusinasi pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Amino Gondohutomo Semarang. Manajemen gejala halusinasi yang dilakukan (ODS) dalam penelitian ini tidak sebatas manajemen strategi pelaksanaan (SP) seperti menghardik, bercakap-cakap, berkegiatan

(menyusun jadwal kegiatan) dan menggunakan obat secara teratur, tetapi adakah manajemen gejala halusinasi yang lain yang biasanya dilakukan oleh pasien dan berdasarkan pada persepsi atau sesuai dengan pengalaman yang di alami.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran manajemen gejala halusinasi pada orang dengan skizofrenia (ODS) di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kondisi karakteristik responden yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- b. Mengidentifikasi karakteristik halusinasi
- c. Mendiskripsikan gambaran manajemen gejala halusinasi pada orang dengan skizofrenia (ODS) di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien ODS

Sebagai sarana untuk menambah pengetahuan bagi ODS dengan masalah halusinasi tentang manajemen gejala halusinasi sehingga

membantu meningkatkan motivasi ODS untuk manajemen gejala halusinasi yang dialaminya.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan, khususnya keperawatan jiwa.

3. Bagi Profesi Perawat

Sebagai sarana untuk menambah informasi supaya dapat memberikan perawatan yang lebih optimal karena manajemen gejala halusinasi diberikan sesuai dengan persepsi pasien.

4. Bagi Peneliti lain

Sebagai bahan masukan maupun referensi bagi penelitian lebih lanjut dalam bidang manajemen gejala skizofrenia khususnya dalam masalah halusinasi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR SKIZOFRENIA

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, efek yang datar atau tidak sesuai dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang *bizzare* (perilaku aneh) dimana pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk kedalam kehidupan fantasi yang penuh dengan delusi dan halusinasi.⁽¹⁹⁾

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit yang paling menghancurkan kehidupan penderitanya karena mempengaruhi setiap aspek dari kehidupannya. Seseorang yang menderita skizofrenia akan mengalami gangguan dalam pembicaraan yang terstruktur, proses atau isi pikir dan gerakan serta akan tergantung pada orang lain selama hidupnya.⁽²⁰⁾

Skizofrenia adalah gangguan dengan serangkaian gejala yang meliputi gangguan konteks berpikir, bentuk pemikiran, persepsi, afek, rasa terhadap diri (*sense of self*), motivasi, perilaku, dan fungsi interpersonal.⁽⁷⁾

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikotik dengan karakteristik mengalami kekacauan pada kemampuan kognitif dan emosi, sehingga dapat mempengaruhi setiap aspek kehidupan penderitanya. Umumnya skizofrenia ditandai dengan serangkaian gejala psikosis seperti perilaku yang aneh, halusinasi, waham, dan delusi.

2. Etiologi

Penyebab pasti gejala skizofrenia hingga saat ini masih belum diketahui, namun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh para ahli menunjukkan bahwa gejala skizofrenia dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor biologis dan faktor psikologis. ⁽²⁰⁾ Kedua faktor penyebab gejala skizofrenia memiliki penjelasan sebagai berikut:

a. Model Diatesis Stres

Menurut teori ini skizofrenia dapat timbul karena adanya integrasi antara faktor biologis, faktor psikososial dan lingkungan. Seseorang yang rentan (diatesis) jika dikenai stressor, maka akan lebih mudah untuk menjadi skizofrenia.

1) Faktor biologis

Faktor genetik mempunyai peranan terhadap terjadinya suatu skizofrenia. Kembar identik dipengaruhi oleh gen sebesar 28% sedangkan pada kembar monozygot dan kembar dizygot pengaruh gen adalah sebesar 1,8% – 4,1%. Selain itu,

kemungkinan skizofrenia berkaitan dengan kromosom 1,3,5,11 dan kromosom X. penelitian genetik ini dihubungkan dengan COMT (Catechol-O-Methyl Transferse) dalam *encoding* dopamine sehingga mempengaruhi fungsi dopamine.

2) Faktor psikososial

Faktor pencetus dan kekambuhan pada skizofrenia dipengaruhi oleh *emotional turbulent families, stressful life events*, diskriminasi, dan kemiskinan. Lingkungan emosional yang tidak stabil mempunyai risiko yang besar pada perkembangan suatu skizofrenia. Diskriminasi pada komunitas minoritas mempunyai angka kejadian skizofrenia yang tinggi. Skizofrenia lebih banyak didapatkan pada masyarakat di lingkungan perkotaan dibandingkan dengan masyarakat pedesaan.

3) Faktor lingkungan

Pada penderita skizofrenia dikenal istilah *down ward drift* (orang yang terkena skizofrenia akan bergeser ke kelompok sosial ekonomi rendah atau gagal keluar dari sosial ekonomi rendah). *Sosial drift* hipotesis menyatakan bahwa seseorang yang menderita skizofrenia akan bergantung kepada lingkungan disekitarnya, kehilangan pekerjaan dan berkurangnya penghasilan.

b. Faktor Neurobiologis

Perkembangan saraf awal selama masa kehamilan ditentukan oleh asupan gizi selama hamil. Apabila ibu hamil selama masa kehamilan mengalami kurang gizi, maka janin yang dikandung memiliki resiko berkembang menjadi skizofrenia, dan trauma psikologis selama masa kehamilan juga dapat berpengaruh.

Pada masa anak-anak, kejadian seperti trauma masa kecil, kekerasan, hostilitas dan hubungan interpersonal yang kurang hangat yang diterima oleh anak sangat mempengaruhi perkembangan neurologikal anak sehingga anak lebih rentan mengalami skizofrenia dikemudian hari.

Berdasarkan penelitian saat ini tentang skizofrenia menunjukkan adanya perbedaan struktur dan fungsi dari daerah otak pada penderita skizofrenia. Dengan *Positron Emission Tomography (PET)* dapat terlihat kurangnya aktivitas di daerah lobus frontal, dimana lobus frontal itu sendiri berfungsi sebagai memori kerja. Pemeriksaan dengan menggunakan PET menunjukkan gejala negative memiliki abnormalitas metabolic yang lebih besar di daerah sirkuit frontal, temporal dan serebelar dibandingkan dengan penderita skizofrenia dengan gejala positif. Menurunnya atensi pada penderita skizofrenia berhubungan dengan hipoaktivitas di daerah korteks singulat anterior. Retardasi motorik berhubungan dengan hipoaktivitas di daerah basal ganglia.

Gangguan berbicara dan mengekspresikan emosi berhubungan dengan rendahnya metabolisme glukosa di area Brodmann 22 (korteks bahasa asosiatif sensoris), area Brodmann 43 (transkortikal), area Brodmann 45 dan 44 (premotorik), area Brodmann 4 dan 6 (motorik). Gejala positif berhubungan dengan peningkatan aliran darah di daerah temporomedial, sedangkan gejala disorganisasi berhubungan dengan peningkatan aliran darah di daerah korteks singulat dan striatum.

Halusinasi sering berhubungan dengan perubahan aliran darah di regio hipokampus, parahipokampus, dan amigdala. Halusinasi yang kronik berhubungan dengan peningkatan aliran darah di daerah lobus temporal kiri. Waham sering dihubungkan dengan peningkatan aliran darah di daerah lobus temporal medial kiri dan penurunan aliran darah di daerah korteks singulat posterior dan lobus temporal lateral kiri. Gangguan penilaian realita pada penderita skizofrenia berhubungan dengan aliran darah di daerah korteks prefrontal lateral kiri, striatum ventral, girus temporalis superior, dan region parahipokampus. Disorganisasi verbal pada penderita skizofrenia berhubungan dengan menurunnya aktivitas di daerah korteks frontal inferior, singulat, dan temporal kiri.

Pada penderita skizofrenia didapati adanya penurunan fungsi kognitif. Salah satu penurunan fungsi kognitif yang sering ditemukan adalah gangguan memori dan fungsi kognitif lainnya.

Fungsi eksekutif kognitif yang terganggu adalah kemampuan berbahasa, memecahkan masalah, mengambil keputusan, atensi dan perencanaan. Sedangkan gangguan memori yang sering dialami adalah gangguan memori jangka pendek.

Dengan *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* terlihat pelebaran di daerah ventricular tiga dan lateral terutama bila yang menonjol adalah gejala negatifnya. Ini merupakan implikasi dari perubahan di daerah preventikular limbic striata, mengecilnya ukuran dari lobus frontal dan temporal. Daerah otak yang terlibat adalah system limbic, lobus frontalis, ganglia basalis, batang otak dan thalamus. Hal ini berhubungan dengan menurunnya fungsi neurokognitif seperti memori, atensi, pemecahan masalah, fungsi eksekutif dan sosial cognition. Gambaran EEG dari penderita skizofrenia memperlihatkan hilangnya aktivasi gamma band, yang menandakan melemahnya integrasi antara jaringan saraf di otak.

Teori Neurotransmitter berhubungan dengan hipotesis Dopamin, Serotonin (5HT), Glutamat dan NMDA, GABA, Norepeniprene, Peptida/Neurotensin. Hipotesis dopamine (D_1 - D_5) mengatakan bahwa reseptor D_2 sangat mempengaruhi symptom positif dari skizofrenia.

3. Fase & Karakteristik Diagnostik

a. Fase skizofrenia

Perjalanan penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 fase berikut: ⁽⁷⁾

1) Fase prodromal

Yaitu suatu periode yang mendahului fase aktif. Pada fase ini individu menunjukkan deteriorasi/penurunan progresif dalam fungsi sosial dan interpersonal. Fase ini dicirikan dengan beberapa perilaku maladaptive, seperti menarik diri dari lingkungan sosial, produktifitas kerja menurun, keeksentrikan, tidak terawat, emosi tidak tepat, pikiran dan ucapan yang aneh, harga diri rendah (HDR), pengalaman persepsi yang aneh, serta energi dan inisiatif yang menurun. Gejala – gejala tersebut dapat dalam hitungan minggu, bulan atau lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Semakin lama fase prodromal, maka semakin buruk prognosisnya.

2) Fase aktif

Pada fase aktif, gejala skizofrenia menjadi semakin jelas, seperti delusi, halusinasi, ucapan yang tidak teratur, perilaku terganggu, dan gejala negative seperti ketidakmampuan bicara dan kurangnya inisiatif. Umumnya fase aktif akan diikuti oleh faseresidu.

3) Fase residu

Fase ini memiliki gejala-gejala yang sama dengan fase prodromal tetapi gejala psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial)

b. Karakteristik diagnostik skizofrenia : ⁽⁷⁾

- 1) Orang dengan skizofrenia (ODS) mengalami gangguan yang berlangsung setidaknya selama 6 bulan dan meliputi setidaknya 1 bulan gejala aktif, termasuk diantaranya 2 gejala berikut:
 - Delusi
 - Halusinasi
 - Ucapan yang tidak teratur
 - Perilaku yang mengganggu atau perilaku katatonik
 - Gejala negative, seperti afek yang datar dan kurangnya motivasi yang parah.
- 2) Seiring waktu, secara signifikan, sejak awal kemunculan gejala, orang dengan skizofrenia mengalami disfungsi dalam bekerja, hubungan dan perawatan diri.
- 3) Gejala – gejala tersebut tidak diakibatkan oleh gangguan lain, kondisi medis atau pengaruh obat-obatan.

4. Tanda dan Gejala

Symptom atau gejala skizofrenia dapat di klasifikasikan menjadi 5 gejala, yaitu: ⁽²⁰⁾

a. Gejala Positif

Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku seperti katatonia atau agitasi.

b. Gejala Negative

Gejala negative terdiri dari 5 tipe gejala, antara lain:

1) *Affective Flattening*

Affective flattening yaitu ekspresi emosi yang terbatas, dalam rentang dan intensitas.

2) Alogia

Alogia adalah keterbatasan pembicaraan dan pikiran, dalam pikiran dan produktifitas.

3) *Avolition*

Avolition yaitu keterbatasan perilaku dalam menentukan tujuan.

4) Anhedonia

Anhedonia adalah berkurangnya minat dan menarik diri dari seluruh aktifitas yang menyenangkan dan biasa dilakukan oleh penderita.

5) Gangguan atensi

Suatu gejala dapat dikatakan gejala negative apabila ditemukan adanya penurunan fungsi afek normal pada penderita skizofrenia, seperti afek tumpul, penarikan *emosi (emotional withdrawal)* dalam berkomunikasi, menjadi bersikap lebih pasif, dan menarik diri dari hubungan sosial. Hal lain yang sering tampak dari gejala negative adalah kesulitan dalam berpikir, perawatan diri dan fungsi sosial yang menurun.

c. Gejala Kognitif

Gejala kognitif selain gangguan pikiran dapat juga terjadi inkoheren, asosiasi longgar, atau neologisme. Gangguan kognitif spesifik yang lain adalah gangguan atensi dan gangguan pengolahan informasi. Gangguan kognitif yang paling berat dan sering ditunjukkan oleh penderita skizofrenia adalah:

- 1) Gangguan verbal *fluency*, adalah kemampuan untuk menghasilkan pembicaraan yang spontan.
- 2) Gangguan serial *learning*, yaitu gangguan dalam mengurutkan peristiwa.
- 3) Gangguan dalam *vigilance*, adalah gangguan yang berhubungan dengan kewaspadaan.

- 4) Gangguan eksekutif, adalah gangguan yang berhubungan dengan atensi, konsentrasi, prioritas dan perilaku pada hubungan sosial.

d. Gejala Agresif dan *Hostile*

Hostilitas pada penderita skizofrenia dapat berupa penyerangan fisik atau verbal terhadap orang lain di lingkungan sekitar maupun penyerangan dalam bentuk fisik atau kata – kata yang kasar. Perilaku bunuh diri (*suicide*), merusak barang orang lain, dan seksual *acting out* merupakan bentuk gejala agresif dan hostilitas yang sering didapati pada penderita skizofrenia.

e. Gejala Depresi dan *Anxious*

Gejala depresi dan *anxious* pada penderita skizofrenia sering kali didapatkan bersamaan dengan gejala lain seperti mood yang terdepresi, mood cemas, rasa bersalah (*guilt*), *tension*, iritabilitas atau kecemasan.

5. Klasifikasi

PPDGJ III mengklasifikasikan tipe skizofrenia menjadi 7 tipe, yang akan di uraikan sebagai berikut: ⁽²¹⁾

a. Tipe paranoid (F20.0)

1. Merupakan tipe skizofrenia yang paling sering ditemukan.
2. Gambaran klinisnya didominasi oleh waham yang bersifat stabil, biasanya disertai oleh halusinasi dan gangguan persepsi.

3. Kriteria diagnostik:

- Halusinasi atau waham harus menonjol
- Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik yang tidak nyata.
- Halusinasi pendengaran (berupa ancaman atau perintah terhadap pasien), atau halusinasi tanpa bentuk verbal seperti bunyi peluit, mendengung atau bunyi tawa. Halusinasi penciuman atau pengecapan rasa atau bersifat seksual.
- Waham yang berupa dikendalikan, dipengaruhi, *passivity* atau kejar. Paling khas adalah waham kejar.

b. Tipe hebefrenik (F20.1)

- Diperlukan waktu selama 2-3 bulan observasi sebelum menegakkan diagnose
- Terdapat gangguan afektif, dorongan kehendak, dan gangguan proses pikir yang menonjol
- Adanya perilaku tanpa tujuan dan tanpa maksud merupakan ciri khas tipe ini.

c. Tipe katatonik (F20.2)

1. Merupakan tipe skizofrenia yang jarang ditemukan
2. Memiliki kriteria diagnostik sebagai berikut:

- Tepenuhi kriteria diagnosis skizofrenia

- Terdapat 1 atau lebih gejala berikut, yaitu: stupor mutisme, kegelisahan, *posturing*, negativism, ragiditas, *waxy flexibility*, atau *command automatisme*

3. Apabila pasien tidak komunikatif dan terdapat manifestasi katatonik, maka untuk sementara penegakkan diagnosis harus ditunda sampai diperoleh adanya bukti yang mendukung skizofrenia katatonik.

d. Tipe tak terinci (*Undifferentiated*) (F20.3)

Kriteria diagnosis tipe ini dapat ditegakkan apabila memenuhi kriteria diagnosis untuk skizofrenia, tetapi tidak memenuhi kriteria tipe paranoid, hebefrenik, katatonik residual, atau pasca skizofrenia.

e. Tipe residual (F20.5)

1. Tipe ini merupakan stadium kronis dari skizofrenia

2. Kriteria diagnostik yang dimiliki antara lain:

- Gejala negative skizofrenia yang menonjol
- Adanya riwayat satu episode pikotik yang jelas dimasa lalu yang memenuhi kriteria skizofrenia
- Paling sedikit melampaui kurun waktu satu tahun, intensitas dan frekuensi gejala yang nyata sangat berkurang dan telah menimbulkan sindrom negative
- Tidak terdapat dimensia, penyakit otak organik atau depresi kronis.

f. Tipe simpleks (F20.6)

1. Symptom negative bersifat perlahan – lahan tetapi progresif
2. Tidak terdapt waham dan halusinasi
3. Gejala psikotik tampak kurang nyatajika dibandingkan dengan skizofrenia tipe lain
4. Symptom negative timbul tanpa didahului oleh gejala – gejala psikotik yang nyata.

g. Tipe depresi pasca skizofrenia (F20.4)

1. Skizofrenia sudah berlangsung selama 12 bulan (1 tahun)
2. Gejala skizofrenia masih tetap ada
3. Terdapat gejala-gejala depresif yang menonjol dan mengganggu, memenuhi episode depresif dan berlangsung minimal 2 minggu.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia diarahkan pada 3 pendekatan yaitu pendekatan farmakologis, psikologis dan sosial. Sebab penatalaksanaan yang diberikan secara komprehensif pada penderita skizofrenia menghasilkan perbaikan yang lebih optimal dibandingkan penatalaksanaan secara tunggal. Selanjutnya akan di uraikan sebagai berikut.⁽²²⁾

a. Pengobatan (terapi psikofarmaka)

Pengobatan menggunakan antipsikotik merupakan penatalaksanaan yang utama. Antipsikotik tipikal (konvensional) dan atipikal (generasi ke-2) merupakan antipsikotik yang efektif dalam mengobati gejala positif (seperti waham, halusinasi, fenomena *passivity*) serta mencegah kekambuhan pada penderita skizofrenia. Meskipun demikian, kedua antipsikotik tersebut mempunyai riwayat efek samping yang berbeda. Antipsikotik atipikal menyebabkan efek samping motorik yang lebih ringan, tetapi beberapa berhubungan dengan penambahan berat badan, kecuali klopazin dan prototype terbukti tidak merespons obat psikotik lainnya. Antipsikotik atipikal dapat efektif mengobati gejala negatif.

Pengobatan dapat dilakukan dengan cara oral, intramuscular atau dengan injeksi depot jangka panjang. Terapi psikofarmaka pada skizofrenia sebaiknya dilakukan sesegera mungkin setelah diagnosis ditetapkan, mengingat bahwa lama waktu pelaksanaan yang efektif dan onset dapat berdampak lebih buruk. Penatalaksanaan terapi psikofarmaka dimulai dengan dosis terendah yang secara efektif mengendalikan gejala dan meminimalkan efek samping. Selain itu, antipsikotik juga menimbulkan efek samping (misalnya distonia, *oculogyric crisis*),

maka obat antikolinergik (misalnya prosiklidin, benztropin) perlu segera diberikan.

Pemberian obat antiparkinson secara teratur perlu dihindari sebab dapat mengakibatkan efek samping (seperti penglihatan rabun, mulut kering) yang dapat mencetuskan *tardive dyskinesia* (TD), peningkatan berat badan, aritmia jantung dan diabetes dapat menjadi masalah serius saat pengobatan dengan antipsikotik atipikal, sehingga pasien memerlukan pemantauan teratur berat badan, profil lipid, glukosa dan ECG.

b. Penatalaksanaan psikologis

Terapi perilaku kognitif atau CBT (*cognitive behavioural therapy*) seringkali bermanfaat dalam membantu pasien mengatasi waham dan halusinasi yang menetap. Terapi CBT memiliki tujuan untuk mengurangi penderitaan dan ketidakmampuan, tetapi tidak secara langsung menghilangkan gejala. Baik penderita skizofrenia maupun keluarga dengan ODS (orang dengan skizofrenia) penting untuk mendapat dukungan psikologis. Terapi keluarga dapat diberikan sebab terbukti membantu mereka mengurangi ekspresi emosi yang berlebihan, dan efektif mencegah kekambuhan. bantuan mandiri (contoh organisasi *hearing voice*) dapat membantu penderita psikosis untuk berbagi pengalaman dan cara untuk menghadapigejalanya.

c. Dukungan sosial

Dukungan sosial dapat lebih efektif apabila diberikan pada saat penderita skizofrenia berada dalam fase perbaikan dibandingkan pada saat fase akut. Membantu penderita untuk kembali bekerja atau sekolah sangat penting dalam menjaga kepercayaan diri dan kualitas hidupnya. Tersedianya rawat inap dan layanan rehabilitasi masyarakat bertujuan untuk memaksimalkan kemandirian pasien (misalnya dengan melatih keterampilan hidup sehari-hari).

Orang dengan skizofrenia (ODS) yang tidak dirawat di rumah sakit tetapi dalam komunitasnya bila memungkinkan, mengingat rawat inap mungkin diperlukan bila terdapat risiko tinggi pasien ditelantarkan, risiko bunuh diri, atau melukai orang lain. Undang – undang kesehatan jiwa mungkin juga diperlukan bagi ODS yang menolak diobati. Selain itu, memberikan perawatan yang positif dan tanpa stigma sangat diperlukan bagi pasien yang akan kembali berhubungan dengan tim perawat agar mematuhi perawatan.

1) Biologis

Penelitian oleh para ahli menunjukkan tentang abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif. Hal ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian berikut:

- Penelitian pencitraan otak menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik dapat berhubungan dengan perilaku psikotik.
- Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan serta masalah-masalah pada system reseptor dopamin dapat dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal pada otak manusia menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

2) Psikologis

Keluarga, pengasuh, lingkungan sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

3) Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

b. Faktor presipitasi

Faktor penyebab halusinasi yang lain adalah faktor presipitasi, yang meliputi :

1) Biologis

Yaitu gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, dalam mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak sehingga mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stress lingkungan

Berhubungan dengan ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan dapat menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber koping

Sumber koping dapat mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

3. Penyebab

Gangguan persepsi sensori halusinasi sering disebabkan karena panic, stress berat yang mengancam ego yang lemah, dan isolasi sosial.⁽²⁶⁾ Secara umum gangguan halusinasi terjadi akibat adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya.⁽²⁷⁾ Pendapat lain menyebutkan bahwa halusinasi disebabkan oleh beberapa faktor, seperti adanya kegagalan dalam menyelesaikan tahap perkembangan sosial, koping individu tidak efektif, adanya stress yang menumpuk, koping keluarga tidak efektif, dan hubungan antar anggota keluarga yang kurang harmonis.⁽²⁵⁾

Dari tiga pendapat ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa faktor penyebab halusinasi, meliputi faktor bio, psiko, sosial maupun spiritual yang dialami oleh seseorang dan menjadi stressor yang tidak dapat diatasi oleh orang tersebut, sehingga menyebabkan berbagai manifestasi penyimpangan perilaku berupa halusinasi.

4. Tanda dan Gejala Halusinasi

Klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dapat memperlihatkan berbagai manifestasi klinis yang bisa diamati dalam perilaku mereka sehari-hari. Tanda dan gejala halusinasi meliputi : perubahan sensori akut, konsentrasi kurang, kegelisahan, mudah tersinggung, disorientasi waktu, tempat dan orang, perubahan kemampuan pemecahan masalah, perubahan pola perilaku, seperti bicara dan tertawa sendiri, mengatakan melihat dan mendengar sesuatu padahal objek sebenarnya tidak ada, menarik diri, dan mondar-mandir.

Mengganggu lingkungan juga sering ditemui pada pasien dengan halusinasi. Individu menjadi sulit untuk berpikir dan mengambil suatu keputusan, sebaliknya, beberapa pasien halusinasi justru mengganggu lingkungan karena penyimpangan perilaku tersebut.⁽²⁸⁾

5. Tahapan Halusinasi

Halusinasi dapat dibagi menjadi 5 tahapan, yaitu : ⁽²⁹⁾

a. *Sleep Disorder*

Sleep disorder adalah halusinasi tahap awal, atau tahap sebelum muncul halusinasi. Memiliki karakteristik dan perilaku seperti :

1) Karakteristik

Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak

masalah. Masalah semakin terasa sulit karena stressor yang terakumulasi dan *support system* yang kurang serta persepsi terhadap masalah sangat buruk.

2) Perilaku

Klien susah tidur dan berlangsung terus menerus sehingga terbiasa menghayal, dan menganggap menghayal sebagai awal pemecah masalah.

b. *Comforthing*

Comforthing adalah halusinasi tahap menyenangkan : Cemas sedang. Karakteristik dan perilaku yang ditunjukkan yaitu :

1) Karakteristik

Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti cemas, kesepian, merasa bersalah, takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan cemas. Klien cenderung meyakini bahwa pikirang-pikirang dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika cemas dapat ditangani.

2) Perilaku

Klien terkadang tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

c. *Condemning*

Condemning adalah tahap halusinasi menjadi menjijikkan: Cemas berat. Memiliki karakteristik dan perilaku seperti :

1) Karakteristik

Klien seolah-olah mengalami pengalaman sensori yang menjijikkan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin merasa dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.

2) Perilaku

Ditandai dengan meningkatnya tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas otonom, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Rentang perhatian dengan lingkungan berkurang, dan terkadang asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

d. *Controlling*

Controlling merupakan tahap pengalaman halusinasi yang berkuasa: Cemas berat, dengan karakteristik dan perilaku sebagai berikut:

1) Karakteristik

Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.

2) Perilaku

Perilaku klien yaitu klien tampak taat pada perintah halusinasi, sulit berhubungan dengan orang lain, respon perhatian terhadap lingkungan berkurang, biasanya hanya beberapa detik saja, ketidakmampuan mengikuti perintah dari orang lain, tremor dan berkeringat.

e. *Conquering*

Conquering adalah tahap halusinasi yang terakhir, pada tahap ini pasien berada dalam tahap halusinasi panik: Umumnya menjadi melebur dalam halusinasi.

1) Karakteristik

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik.

2) Perilaku

Perilaku panik, resiko tinggi mencederai, bunuh diri atau membunuh. Tindak kekerasan agitasi, menarik atau katatonik, ketidak mampuan berespon terhadap lingkungan.

6. Jenis halusinasi

Ada beberapa jenis halusinasi yaitu sebagai berikut : ⁽²⁵⁾

a. Halusinasi Pendengaran (Auditorik)

Yaitu persepsi bunyi yang palsu, biasanya suara tetapi juga bunyi-bunyi lain seperti musik. Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara – suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi Penglihatan (Visual)

Yaitu persepsi palsu tentang penglihatan, karakteristik ditandai dengan adanya stimulus penglihatan, bisa dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan / atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan tersebut dapat menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi Penghidu (Olfactory)

Yaitu persepsi membau yang palsu, paling sering pada gangguan organik. Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, bau amis dan bau yang menjijikkan, misalnya seperti darah, urine dan feses, namun, bisa juga terhidu bau harum.

d. Halusinasi Peraba (Tactile)

Yaitu persepsi palsu tentang perabaan atau sensasi permukaan. Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, sebagai contoh yaitu merasakan

sensasi listrik yang datang dari tanah, dari benda mati ataupun dari orang lain.

e. Halusinasi Pengecap (Gustatory)

Yaitu persepsi tentang rasa kecap yang palsu. Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

f. Halusinasi Sinestetik

Yaitu persepsi palsu tentang fungsi alat tubuh bagian dalam. Karakteristik ditandai dengan seolah – olah ada persaan tertentu yang timbul seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, merasakan makanan dicerna atau merasakan pembentukan urine.

g. Halusinasi Kinestetik

Yaitu persepsi tentang gerak tubuh. Karakteristik ditandai dengan merasakan pergerakan sementara, seperti badannya bergerak di sebuah ruang tertentu sementara tubuhnya berdiri tanpa bergerak.

7. Penatalaksanaan

Adanya gangguan persepsi sensori halusinasi dapat beresiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.⁽²⁷⁾ Dengan demikian selain penatalaksanaan yang sama seperti skizofrenia maka diperlukan pula penatalaksanaan lain sebagai berikut untuk mencegah resiko-resiko tersebut. Intervensi untuk halusinasi meliputi: ⁽³⁰⁾

- a. Mengurangi rangsangan dari lingkungan seperti suara yang keras, warna yang terang, atau sinar lampu. Jika terjadi halusinasi visual, instruksikan klien untuk menggambarkan apa yang dilihat.
- b. Mengidentifikasi faktor pencetus dengan bertanya pada klien tentang apa yang terjadi sebelum timbulnya halusinasi (onset). Jika terjadi halusinasi pendengaran, tanyakan pada klien tentang apa yang dikatakan suara-suara. Sarankan klien untuk bersenandung, mendengarkan musik, berolahraga, atau berbicara dengan orang lain.
- c. Memantau program televisi untuk meminimalkan rangsangan eksternal yang dapat memicu halusinasi
- d. Memantau perintah halusinasi yang dapat memicu perilaku agresif atau perilaku kekerasan
- e. Mengelola resep obat sesuai dengan instruksi.

C. Manajemen Halusinasi

Klien dengan halusinasi perlu mendapatkan perawatan secara integrasi baik dari aspek psikofarmakologis maupun aspek psikososial seperti penatalaksanaan pada klien skizofrenia. Penatalaksanaan halusinasi ditekankan agar klien dapat mengontrol halusinasinya sehingga klien tidak larut dalam halusinasi tersebut. Umumnya tindakan tersebut berupa terapi psikologis dan sosial dengan tujuan sebagai promosi terhadap kesembuhan pasien atau mengurangi penderitaan pasien.

Adapun manajemen yang dilakukan untuk mengontrol halusinasi akan diuraikan sebagai berikut:

1. Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi pelaksanaan keperawatan merupakan rangkaian percakapan perawat dengan pasien pada saat melaksanakan tindakan keperawatan. Strategi pelaksanaan keperawatan melatih kemampuan intelektual tentang pola komunikasi dan pada saat dilaksanakan merupakan latihan kemampuan yang terintegrasi antara intelektual, psikomotor dan afektif. ⁽¹⁸⁾

Manajemen halusinasi di dalam strategi pelaksanaan (SP) antara lain : ⁽¹⁶⁾

a. Tindakan Keperawatan, meliputi :

1) Membantu pasien mengenali halusinasi

Yaitu dengan cara melakukan diskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi,

frekuensi terjadi halusinasi, situasi yang dapat menyebabkan munculnya halusinasi dan respon pasien saat terjadi halusinasi.

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Terdapat 4 cara yang terbukti dapat mengontrol halusinasi yang dapat diajarkan, antara lain:

- Menghardik halusinasi
- Bercakap-cakap dengan orang lain
- Melakukan aktivitas yang terjadual
- Menggunakan obat secara teratur

b. Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi pelaksanaan (SP) dapat dilakukan baik pada pasien maupun pada keluarga pasien. Berikut uraian SP pada pasien yang terdiri dari 4 SP :

- 1) SP 1 pasien: membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi
- 2) SP 2 pasien: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain
- 3) SP 3 pasien: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadual
- 4) SP 4 pasien: melatih pasien menggunakan obat secara teratur.

2. Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

Sebuah studi oleh Carolina (2008) tentang pengaruh penerapan asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi di RS Jiwa Dr. Soharto Heerdjan Jakarta menunjukkan bahwa standar asuhan keperawatan halusinasi (SAK) dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dan juga menurunkan tanda dan gejala halusinasi. ⁽³¹⁾

Adapun standar asuhan keperawatan tersebut meliputi proses : ⁽³²⁾

a. Pengkajian

1) Mengkaji jenis halusinasi

Mengkaji halusinasi dapat dilakukan dengan mengevaluasi perilaku pasien dan menanyakan secara verbal apa yang sedang dialami oleh pasien.

2) Mengkaji isi halusinasi

Mengkaji isi halusinasi yaitu dengan menanyakan suara apa yang didengar, apabila halusinasi yang dialami adalah halusinasi dengar. Apa bentuk bayangan yang dilihat oleh pasien, bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penglihatan, bau apa yang tercium untuk halusinasi penghidu, rasa apa yang dikecap untuk halusinasi pengecapan, atau merasakan apa dipermukaan tubuh bila halusinasi perabaan.

3) Mengkaji Waktu, Frekuensi, dan Situasi Munculnya Halusinasi

Perawat perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi serta untuk menentukan intervensi saat terjadi halusinasi. Dengan menghindari situasi yang dapat menyebabkan munculnya halusinasi, diharapkan pasien tidak larut dengan halusinasi yang dialaminya. Pengkajian dilakukan dengan menanyakan kepada pasien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa kali sehari, seminggu. Bila memungkinkan pasien diminta untuk menjelaskan kapan tepatnya waktu terjadi halusinasi tersebut.

4) Mengkaji Respon Terhadap Halusinasi

Hal ini dilakukan untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi pasien. Pengkajian dilakukan dengan cara menanyakan apa yang dilakukan oleh pasien saat terjadi halusinasi. Apakah pasien masih dapat mengontrol stimulus halusinasi atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi.

b. Tindakan Keperawatan pada Pasien Halusinasi

1) Tujuan tindakan untuk pasien meliputi :

- a) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b) Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

2) Tindakan Keperawatan

a) Membantu Pasien Mengenali Halusinasi

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi, perawat dapat melakukan diskusi dengan pasien mengenai halusinasi (apa yang didengar atau dilihat), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.

b) Melatih Pasien Mengontrol Halusinasi

Terdapat empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi :

(1) Melatih Pasien Menghardik Halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memerdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan tindakan meliputi :

- Menjelaskan cara menghardik halusinasi
- Memperagakan cara menghardik
- Meminta pasien memperagakan ulang
- Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien.

(2) Melatih Bercakap-cakap dengan Orang Lain

Bercakap – cakap dengan orang lain merupakan salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut.

(3) Melatih Pasien Beraktivitas Secara Terjadwal

Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang mengalami halusinasi bisa membantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahapan intervensi sebagai berikut :

- Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan oleh pasien.
- Melatih pasien melakukan aktivitas
- Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu
- Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberi penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

(4) Melatih Pasien Menggunakan Obat Secara Teratur

Untuk mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Sebab bila pasien mengalami putus obat akibatnya pasien dapat mengalami kekambuhan. Oleh karena itu pasien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan untuk menghindari hal tersebut. Berikut tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat:

- Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa

- Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program
- Jelaskan akibat bila putus obat
- Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat
- Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5B (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis)

c. Evaluasi

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah Perawat lakukan untuk pasien halusinasi adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien Mempercayai Perawatnya sebagai terapis, ditandai dengan:
 - a) Pasien mau menerima perawat sebagai perawatnya
 - b) Pasien mau menceritakan masalah yang dia hadapai kepada perawatnya, bahkan hal-hal yang selama ini dianggap rahasia untuk orang lain
 - c) Pasien mau bekerja sama dengan perawat, setiap program yang perawat tawarkan ditaati oleh pasien
- 2) Pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada obyeknya dan merupakan masalah yang harus diatasi, ditandai dengan:
 - a) Pasien mengungkapkan isi halusinasinya yang dialaminya
 - b) Pasien menjelaskan waktu, dan frekuensi halusinasi yang dialaminya

- c) Pasien menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi
 - d) Pasien menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi
 - e) Pasien menjelaskan bahwa ia akan berusaha mengatasi halusinasi yang dialaminya
- 3) Pasien dapat Mengontrol Halusinasi, ditandai dengan:
- a) Pasien mampu memperagakan empat cara mengontrol halusinasi
 - b) Pasien menerapkan empat cara mengontrol halusinasi:
 - (1) Menghardik halusinasi
 - (2) Berbicara dengan orang lain disekitarnya bila timbul halusinasi
 - (3) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama tujuh hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri
 - (4) Mematuhi program pengobatan
- 4) Keluarga mampu merawat pasien dirumah, ditandai dengan:
- a) Keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien
 - b) Keluarga mampu menjelaskan cara merawat pasien dirumah

- c) Keluarga mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien
- d) Keluarga mampu menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien
- e) Keluarga melaporkan keberhasilan merawat pasien

3. *Nursing Intervention Classification* (NIC)

Nursing Intervention Classification atau (NIC) merupakan bahasa standar komprehensif yang menggambarkan *treatment* atau perawatan yang dilakukan oleh seorang perawat. *Hallucination management* (manajemen halusinasi) adalah mempromosikan keamanan, kenyamanan, dan orientasi realitas terhadap pasien yang mengalami halusinasi. Manajemen halusinasi NIC meliputi: ⁽³³⁾

- 1) Bangun kepercayaan, hubungan interpersonal dengan pasien
- 2) Pantau dan mengatur tingkat aktivitas dan stimulasi dalam lingkungan
- 3) Jaga lingkungan yang aman
- 4) Sediakan tingkat pengawasan/supervise untuk memantau pasien
- 5) Catatan perilaku pasien yang menunjukkan halusinasi
- 6) Pertahankan rutinitas yang konsisten
- 7) Tetapkan *care giver* yang konsisten setiap hari
- 8) Promosikan komunikasi yang jelas dan terbuka

- 9) Berikan kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan halusinasinya
- 10) Dorong pasien untuk mengekspresikan perasaan yang tepat
- 11) Kembalikan focus pasien ke topic, jika komunikasi pasien tidak sesuai dengan keadaan
- 12) Pantau isi halusinasi yang bersifat kekerasan atau membahayakan diri
- 13) Dorong pasien untuk mengembangkan kontrol / tanggung-jawab atas perilaku sendiri, jika memungkinkan.
- 14) Dorong pasien untuk mendiskusikan perasaan dan dorongan, daripada bertindak pada mereka (halusinasi)
- 15) Dorong pasien untuk memvalidasi halusinasi dengan yang dipercaya orang lain (misalnya, uji realitas)
- 16) Tunjukkan, jika ditanya, bahwa Anda tidak mengalami rangsangan sama
- 17) Hindari berdebat dengan pasien tentang validitas halusinasi
- 18) Fokus diskusi pada perasaan yang mendasari, bukan isi dari halusinasi (misalnya, "tampaknya Anda merasa takut")
- 19) Sediakan obat antipsikotik dan antiansietas secara rutin dan dasar PRN
- 20) Berikan edukasi tentang pemberian obat kepada pasien dan hal penting lainnya

- 21) Monitor pasien untuk efek samping obat dan efek terapeutik yang diinginkan
- 22) Sediakan keamanan dan kenyamanan pasien dan orang lain, ketika pasien tidak mampu mengontrol perilaku (misalnya, pengaturan batas, pembatasan wilayah, menahan fisik, dan *seclusion*)
- 23) Hentikan atau kurangi obat (setelah berkonsultasi dengan pembuat resep) yang mungkin menyebabkan halusinasi
- 24) Berikan edukasi tentang penyakit kepada pasien / orang lain, jika halusinasi penyakit didasarkan penyakit (misalnya, delirium, skizofrenia, dan depresi)
- 25) Berikan edukasi kepada keluarga dan orang lain tentang cara – cara menangani pasien yang mengalami halusinasi
- 26) Monitor self-care keluarga
- 27) Bantu perawatan diri, sesuai kebutuhan
- 28) Monitor status fisik pasien (misalnya, berat badan, hidrasi, dan telapak kaki pasien)
- 29) Berikan istirahat yang cukup dan nutrisi yang cukup
- 30) Libatkan pasien dalam kegiatan nyata yang mungkin dapat mengalihkan perhatian: dari halusinasi (misalnya, mendengarkan musik).

4. Penelitian Terkait

Penatalaksanaan secara farmakologis saja dirasa kurang optimal untuk mengatasi gejala halusinasi. Sama halnya dengan skizofrenia, terapi nonfarmakologis seperti psikoterapi individual, terapi kelompok, terapi keluarga, latihan ketarampilan sosial terbukti seringkali bermanfaat dalam membantu pasien mengatasi gangguan yang dialaminya.⁽²²⁾

Sri Eka Wahyuni, Budi Anna Keliat, Yusron dan Herni Susanti (2011) sepakat untuk merekomendasikan *cognitive behavior therapy (CBT)* atau terapi perilaku kognitif sebagai tindakan keperawatan spesialis pada klien halusinasi. Hal tersebut telah di buktikan dalam penelitian dengan judul “penurunan halusinasi pada klien jiwa melalui CBT” yang menunjukkan hasil bahwa CBT efektif untuk menurunkan tanda dan gejala halusinasi pada klien, mengurangi frekuensi dan kekuatan halusinasi serta distress dan depresi yang dihadapi klien dalam menghadapi gejala psikotik yang dialaminya.⁽³⁴⁾

Studi eksperimen oleh Aksi Muhammad Qodir, Ns. Anjas Surtiningrum, M.Kep.Sp.Kep.J dan Ulfa Nurullita, S.K.M, M.Kes (2013) mengenai pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) orientasi realitas sesi I-III terhadap kemampuan mengontrol halusinasi didapatkan hasil yaitu ada pengaruh yang signifikan dari TAK sesi I-III terhadap kemampuan klien mengontrol hallusinasi. Pada saat terapi berlangsung klien diberikan stimulus tentang realitas yang ada seperti

menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, beraktivitas secara terjadual, dan minum obat secara teratur, dengan demikian klien dapat mengontrol halusinasi dengan menggunakan cara tersebut.⁽³⁵⁾

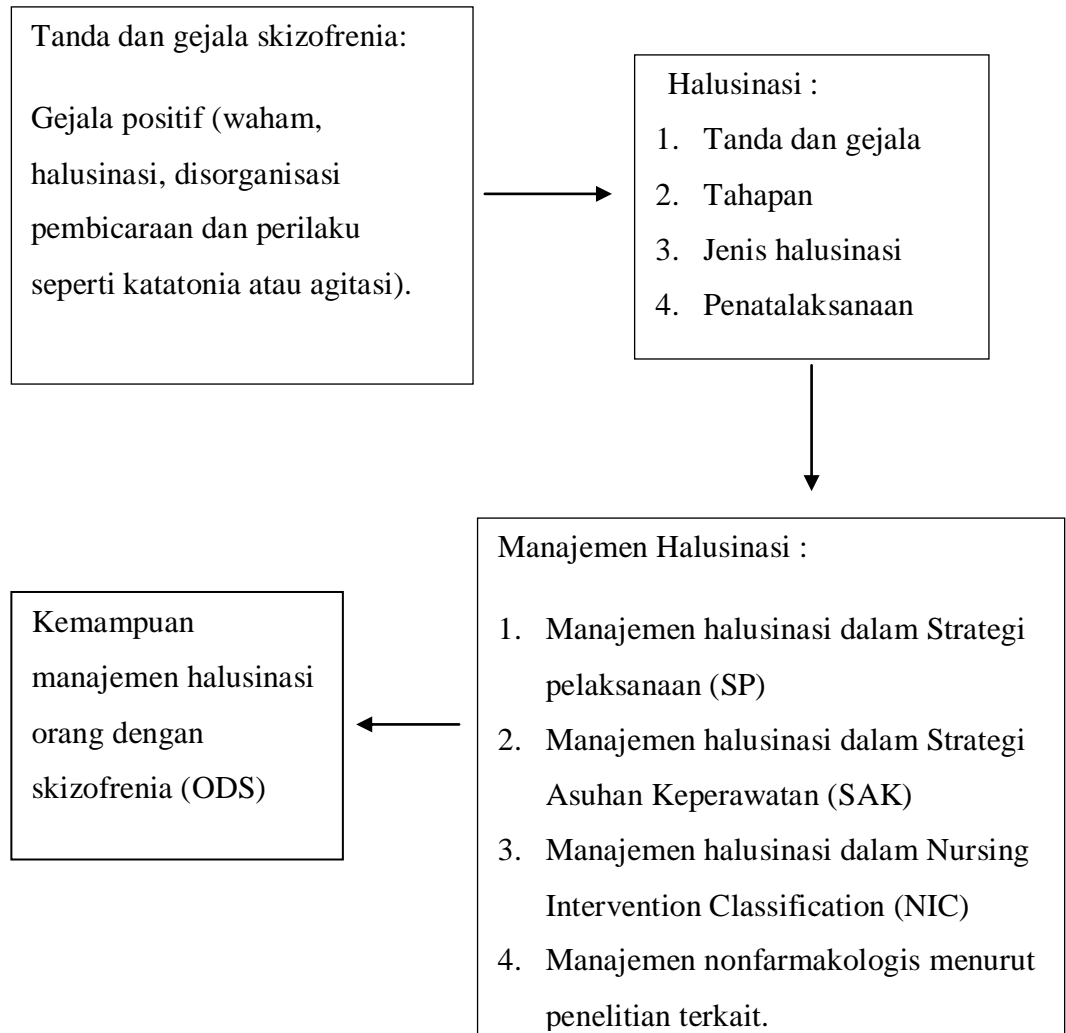
Penelitian lain oleh Retno Twistiandayani dan Amila Widarti (2013), tentang pengaruh terapi *thought stopping* terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia, juga menunjukkan bahwa terapi *thought stopping* mampu meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia. Pada saat sebelum dilakukan terapi *thought stopping*, pasien masih sering marah-marah karena larut dalam menuruti halusinasinya, setelah dilakukan terapi, pasien skizofrenia mengalami peningkatan dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, mengatakan “stop” dan mengusir halusinasi tersebut.⁽³⁶⁾

Dwy Wahyuny Ramdhany, dkk (2013) juga melakukan studi tentang Hubungan keterlibatan keluarga terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Samata kabupaten Gowa. Penelitian deskriptif tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara keterlibatan keluarga dengan kemampuan klien mengontrol halusinasi. Semakin baik dukungan keluarga yang dimiliki maka akan sangat membantu klien dalam mengontrol halusinasinya. Dalam penelitiannya peneliti menjelaskan antara keterlibatan keluarga dalam hal dukungan, motivasi, dan pemberian obat dengan kemampuan klien mengontrol halusinasi,

penelitian tersebut membuktikan bahwa keterlibatan keluarga sangat penting dalam perawatan klien gangguan jiwa halusinasi.⁽³⁷⁾

Selain keempat peneliti di atas, studi secara fenomenologi oleh Suryani (2013) menunjukkan bahwa pencegahan halusinasi dapat dengan pendekatan spiritual dan penggunaan koping yang konstruktif serta menghindari kesendirian. Menurut beberapa responden dalam penelitian Suryani, cara yang dapat dilakukan untuk mencegah halusinasi yaitu dengan sholat, banyak teman, curhat, jangan banyak pikiran, rajin beribadah, konsultasi dengan tenaga kesehatan, dan puasa. Suryani menyatakan, dalam merawat penderita skizofrenia yang mengalami halusinasi sangatlah penting untuk melibatkan penderita dalam berbagai kegiatan supaya tidak ada waktu bagi penderita untuk sendiri dan melamun sehingga dapat mencegah tercetusnya halusinasi.⁽¹⁵⁾

D. KERANGKA TEORI



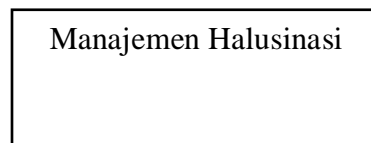
Gambar 2.1 Kerangka Teori

(20) (25) (28) (29) (16) (31) (32) (33) (34) (35) (15)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar. 3.1 Kerangka Konsep

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non eksperimen, dengan desain penelitian deskriptif survei. Penelitian deskriptif merupakan rancangan penelitian yang bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan data yang berkaitan dengan peristiwa – peristiwa penting (fenomena), fakta, dan keadaan yang terjadi saat penelitian berlangsung.⁽³⁸⁾

Survei adalah suatu metode yang digunakan untuk menyediakan informasi terkait dengan prevalensi, distribusi dan hubungan antarvariabel dalam suatu populasi.⁽³⁹⁾ Dengan metode survei, peneliti dapat mengumpulkan, menggambarkan, dan menerangkan aspek-aspek yang ingin dievaluasi. Dalam hal ini, tujuan peneliti adalah menerangkan aspek penelitian berdasarkan karakteristik responden. Informasi dikumpulkan dari responden dengan menggunakan kuesioner.⁽⁴⁰⁾

C. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu, yang di teliti berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan.⁽⁴¹⁾

Populasi dapat berupa orang, organisasi, kata-kata, simbol-simbol non-verbal, televisi, iklan dan lainnya.⁽⁴⁰⁾ Populasi dibedakan menjadi dua kategori yaitu, populasi target dan populasi survey. Populasi target merupakan populasi yang telah ditentukan sesuai dengan masalah penelitian, sedangkan populasi survei merupakan populasi yang terliput dalam populasi target.⁽⁴²⁾

Populasi target dalam penelitian ini adalah orang dengan skizofrenia (ODS) yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Amino Gondohutomo Semarang. Populasi survei dalam penelitian ini adalah ODS yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Amino Gondohutomo Semarang dengan gejala halusinasi, sebanyak 589 orang. Jumlah pasien halusinasi tersebut berdasarkan data 3 bulan terakhir (Desember 2014 - Februari 2015), sehingga rata – rata jumlah pasien halusinasi dalam satu bulan adalah 198 orang yang merupakan populasi dalam penelitian ini.

Tabel 3.1 Jumlah pasien ODS dengan gejala halusinasi di ruang rawat inap RSJD Amino Gondohutomo Semarang (rata – rata 1 bulan)

Bangsal / Nama Ruang	Dx.Halusinasi	Jml. psien halusinasi selama 3 bulan	Jml. Awal rata – rata pasien halusinasi dalam 1 bulan	Jml. Rata -rata pasien halusinasi dalam 1 bulan
	I / R. Arimbi	60	$60/3 = 20$	20
	II / R. Brotojoyo	80	$80/3 = 26.6$	27
	III / R. Citroanggono	54	$54/ 3 = 18$	18
	IV / R. Dewaruci	54	$54/3 = 18$	18
	V / R. Endrotenoyo	57	$57/3 = 19$	19
	VIII / R. Irawan	50	$50/3 = 16.6$	17
	X / R. Kresno	29	$29/3 = 9.6$	10
	XI / R. Larasati	59	$59/3 = 19.6$	20
	XII / R. Madrim	45	$45/3 = 15$	15
	R. Srikandi	101	$101/3 = 33.6$	34
	Jumlah Total	589		198 (N)

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang di teliti dan dipilih dengan menggunakan metode tertentu.⁽⁴²⁾ Dalam penelitian sebaiknya sampel yang diambil adalah sampel yang dapat mewakili populasi.⁽⁴³⁾ *Sampling* adalah proses menyeleksi bagian populasi yang digunakan sebagai sampel penelitian.

Teknik *sampling* merupakan strategi atau cara – cara yang digunakan untuk memperoleh sampel yang sesuai serta dapat mewakili populasi.⁽³⁹⁾ Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Nonprobability Sampling* jenis *Incidental sampling*, yaitu teknik penetapan sampel berdasarkan kebetulan, siapa saja yang secara kebetulan/incidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, apabila orang yang ditemui tersebut sesuai untuk menjadi sumber data. Teknik penarikan sampel dalam penelitian ini didasarkan pada jumlah rata – rata pasien halusinasi yang dirawat di ruang Rawat Inap dalam satu bulan, yaitu sebesar 198 orang, terdiri dari Bangsal I (R. Arimbi) sebanyak 20 pasien, Bangsal II (R. Brotojoyo) sebanyak 27 pasien, Bangsal III (R. Citroanggodo) sebanyak 18 pasien, Bangsal IV (R. Dewaruci) sebanyak 18 pasien, Bangsal V (R. Endrotenoyo) sebanyak 19 pasien, Bangsal VIII (R. Irawan) sebanyak 17 pasien, Bangsal X (R. Kresno) sebanyak 10 pasien, Bangsal XI (R. Larasati) sebanyak 20 pasien, Bangsal XII (R. Madrim) sebanyak 15 pasien, dan R. Srikandi sebanyak 34 pasien. Setelah diketahui jumlah total pasien, maka selanjutnya dilakukan perhitungan sampel dengan menggunakan rumus *Isaac dan Michael* sebagai berikut :⁽⁴⁰⁾

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

D. Besar Sampel

Penentuan besar sampel bertujuan untuk memperoleh sampel yang representatif atau sampel yang diambil harus mewakili populasi yang ada. Semakin besar sampel yang digunakan maka semakin baik hasil representative yang diperoleh. Dalam penelitian ini jumlah populasi adalah 198 orang, maka penentuan besar sampel yang telah diketahui jumlah populasinya adalah menggunakan rumus *Isaac dan Michael* sebagai berikut: ⁽⁴⁰⁾

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan :

S = Jumlah sampel

λ = dengan dk = 1, taraf kesalahan

bisa 1%, 5%, 10%

N = Populasi

P = Q = 0,5

d = 0,05

Penelitian ini menggunakan keakuratan yang sebesar 1 %, sehingga :

$$\begin{aligned} S &= \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q} \\ &= \frac{1^2 \cdot 198 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (198-1) + 1^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\ &= \frac{49,5}{0,4925 + 0,25} \end{aligned}$$

$$= \frac{49,5}{0,7425}$$

$$= 66,66$$

$$= 67 \text{ orang}$$

dengan demikian besar sampel dalam penelitian ini adalah 67 orang. Selanjutnya sampel tersebut diteliti dengan memperhatikan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut.⁽⁴⁴⁾

a. Kriteria Inklusi :

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum dalam populasi target dan populasi terjangkau yang harus dipenuhi oleh subjek penelitian agar dapat diikutsertakan dalam penelitian. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini antara lain :

- 1) Pasien skizofrenia dengan halusinasi yang dirawat diruang rawat inap
- 2) Usia 18 – 60 tahun
- 3) Tidak mengalami gangguan komunikasi verbal dan penurunan kesadaran
- 4) Dalam kondisi tenang dan mampu bekerjasama dengan baik
- 5) Menyadari dirinya mengalami halusinasi

b. Kriteria Eksklusi :

Kriteria eksklusi adalah sebagian subjek yang memenuhi kriteria inklusi tetapi harus dikeluarkan atau tidak dapat diikutsertakan dalam

penelitian oleh karena berbagai sebab. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Tidak bersedia menjadi responden
- 2) Kesulitan memahami kuesioner yang diberikan

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Amino Gondohutomo Semarang. Alasan pemilihan RSJD tersebut yaitu untuk mengetahui manajemen halusinasi yang digunakan oleh pasien untuk mengatasi halusinasinya, dan banyak orang dengan halusinasi yang berobat ke RSJD tersebut. Waktu penelitian dilaksanakan mulai Juni s.d Juli 2015.

F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah karakteristik yang bervariasi dan memiliki nilai. Merupakan bagian operasionalisasi suatu konsep, sehingga dapat diteliti atau ditentukan tingkatannya.⁽⁴²⁾ Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu manajemen halusinasi.

2. Definisi Operasional (DO)

Definisi Operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan cara menentukan dan mengukur suatu variabel, atau informasi ilmiah yang membantu peneliti lain yang menggunakan variabel yang sama.⁽³⁷⁾ Rancangan variabel penelitian, definisi operasional dan skala pengukuran penelitian ini disajikan pada tabel 3.3 dibawah ini.

Table 3.2 Variabel penelitian, definisi operasional dan skala pengukuran

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Skala
Manajemen halusinasi	Upaya atau aktivitas yang dilakukan oleh seseorang untuk mengurangi gejala halusinasi	Kuesioner Manajemen Halusinasi meliputi 3 item pernyataan, untuk pertanyaan :	
		1. Manajemen gejala halusinasi, meliputi: Menghardik, mengabaikan gejala, menutup mata/telinga/hidung, mengobrol dengan teman, mengobrol dengan perawat, mengobrol dengan dokter, olahraga, menonton TV, berdo'a, beribadah, merokok, tidur, lainnya.	Nominal
		2. Tingkat keefektifan manajemen halusinasi: 1 = Tidak efektif 10= Sangat efektif	Interval
		3. Sumber informasi : A = inisiatif sendiri P = instruksi perawat D = instruksi dokter K = instruksi keluarga T = instruksi teman X = sesama pasien	Nominal

G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner, alat tulis, kertas, dan alat – alat pengolah data yang diproses ke dalam laptop. Terdapat dua instrumen kuesioner dalam penelitian ini, yaitu:

a. Kuesioner A

Kuesioner A adalah kuesioner untuk data demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan status pernikahan. Kuesioner data demografi bertujuan untuk mengetahui karakteristik pasien halusinasi. Data klinis digunakan untuk mengetahui riwayat penyakit responden, seperti : pertama kali sakit/menderita halusinasi pada usia berapa, sudah berapa lama responden menderita halusinasi, berapa kali responden dirawat di rumah sakit dan sudah berapa lama responden dirawat di rumah sakit. Sedangkan karakteristik halusinasi digunakan untuk mengetahui gejala halusinasi yang dialami pasien, waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadi halusinasi, lama waktu (durasi) terjadi halusinasi, serta perasaan yang dirasakan responden saat terjadi halusinasi.

b. Kuesioner B

Kuesioner ini merupakan kuesioner manajemen halusinasi, yaitu suatu instrument penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi tindakan manajemen halusinasi, keefektifan manajemen tersebut serta sumber/informasi yang di peroleh pasien halusinasi. Kuesioner ini terdiri atas 3 item pertanyaan, untuk pertanyaan manajemen gejala halusinasi memiliki pilihan jawaban sebagai berikut : Menghardik, mengabaikan gejala, menutup mata/telinga/hidung, mengobrol dengan teman, mengobrol dengan perawat, mengobrol dengan dokter, olahraga, menonton TV, berdo'a, beribadah, merokok, tidur, lainnya. Tingkat keefektifan meliputi "Tidak efektif" dan "Sangat efektif". Jawaban adalah rentang angka dari 1 sampai 10. "Tidak efektif" diberi skor 1 dan "Sangat efektif" diberi skor 10. Kemudian untuk pertanyaan sumber informasi manajemen gejala halusinasi meliputi inisiatif diri sendiri, perawat, dokter, keluarga, teman dan sesama pasien, dengan alternatif jawaban yaitu A= diri sendiri, P= perawat, D= dokter, K= keluarga, T= teman, dan X= sesama pasien.

2. Validitas dan Realibilitas instrument

a. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar (konstruk) pertanyaan dalam mendefinisikan

suatu variabel. *Face validity* (validitas muka), yaitu kemampuan sebuah pertanyaan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Apakah pertanyaan tersebut sudah mengukur keterlibatan responden atau belum.⁽⁴⁵⁾ Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *Face validity* (validitas muka) dan uji *content validity* (validitas isi).

Pada kuesioner manajemen halusinasi ini belum baku dan belum dilakukan uji validitas. Peneliti membuat instrument manajemen halusinasi berdasarkan teori dan penelitian yang terkait kemudian dikonsultasikan dengan ahli pada bidangnya (*judgement expert*) yaitu Bapak Bambang Edi Warsito, S.Kep., M.Kes, Dosen PSIK JK FK UNDIP dan Bapak Ns. Arif Nugroho, S.Kep, Perawat RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Setelah dilakukan uji expert, didapatkan hasil yaitu perbaikan kata dan penambahan item pertanyaan untuk karakteristik halusinasi, dari 4 item menjadi 5 item yang terdiri dari jenis halusinasi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi halusinasi, durasi halusinasi dan perasaan responden saat terjadi halusinasi. Untuk kuesioner manajemen halusinasi didapatkan hasil perbaikan pada pilihan jawaban yaitu dikategorikan antara lain Teknik kontrol diri (menghardik, mengabaikan gejala, mengobrol) dan Berkegiatan (Olahraga, Hiburan, Spiritual dan Kegiatan harian). Kemudian kuesioner diujikan kepada 3 ODS di ruang Rawat Inap

RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Hasil uji validitas yang didapat adalah bahwa sebagian besar item pertanyaan pada kuesioner ini dapat dipahami oleh responden, hanya item tingkat aktifitas manajemen yang kurang dimengerti oleh responden, namun setelah diberikan penjelasan, responden dapat memahami seluruh pertanyaan pada kuesioner tersebut.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas (keandalan) merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan konstruk-konstruk pertanyaan yang merupakan dimensi suatu variabel dan disusun dalam suatu bentuk kuesioner.⁽⁴⁶⁾

Peneliti menggunakan jenis reliabilitas *Repeated Measure* (pengukuran ulang) dengan metode pengujian *Test re-test* (teknik ulang), yaitu seberapa besar derajat skor tes konsisten dari waktu ke waktu, dengan menentukan hubungan antara skor hasil penyajian tes yang sama kepada kelompok yang sama, pada waktu yang berbeda.⁽⁴⁷⁾

Test re-test dilakukan dengan menguji instrumen manajemen halusinasi yang diberikan kepada 20 responden. Kemudian responden diberikan pertanyaan tentang keefektifan manajemen halusinasi dengan tingkat keefektifan 1= tidak efektif dan 10 = sangat efektif. Selang 3 hari kemudian kuesioner diujikan lagi pada

responden yang sama. Reliabilitas diukur dari koefisien korelasi antara percobaan pertama dengan yang berikutnya. Bila koefisien korelasi positif dan signifikan maka instrument tersebut sudah dinyatakan reliable.⁽⁴⁰⁾ Responden adalah pasien skizofrenia dengan masalah halusinasi yang dirawat di ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo yang tidak dimasukkan kedalam responden penelitian.

Dalam penelitian ini koefisien korelasi di uji dengan menggunakan uji korelasi Spearman Rho karena data berdistribusi tidak normal. Adapun rumus yang digunakan untuk sampel ≤ 30 adalah sebagai berikut : ⁽⁵¹⁾

$$r_s = 1 - \frac{6\sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan : r_s = Koefisien korelasi Spearman

$\sum d^2$ = Total kuadrat slisih antar ranking

n = Jumlah sampel penelitian

Dalam pengujian tersebut kemudian diperoleh data yang telah diolah melalui uji statistik dan didapatkan hasil bahwa manajemen yang memiliki r korelasi antara 0.3 – 1.0 diketahui reliable sebagai item kuesioner. Kemudian untuk manajemen yang memiliki r korelasi < 0.3 diketahui tidak reliable sebagai item kuesioner. Dari 20 item manajemen halusinasi, terdapat 7 item yang memiliki r

korelasi < 0.3 , meliputi meminta tolong, menyendiri, menangis, jalan-jalan, lari-lari, mendengarkan musik, dan menyanyi.

3. Cara Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data dalam penelitian ini, meliputi:

- a. Peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada program studi ilmu keperawatan, kemudian dari jurusan keperawatan memberikan surat ijin penelitian yang telah di tandatangani oleh dekan fakultas kedokteran universitas diponegoro untuk selanjutnya diberikan kepada Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang melalui bidang Penelitian dan Pengembangan (Litbang).
- b. Setelah surat ijin disetujui oleh Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo selanjutnya peneliti melakukan uji etik (*ethical clearance*) yang diajukan oleh bidang Litbang RSJD Amino Gondohutomo Semarang sebagai syarat penelitian.
- c. Peneliti meminta ijin kepada Kepala Ruang untuk melakukan penelitian dengan cara menunjukkan surat ijin penelitian yang telah di setujui oleh Kepala Bidang Keperawatan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- d. Pengumpulan data dilakukan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo dengan menggunakan kuesioner yang telah di sediakan sebelumnya oleh peneliti.

- 1) Peneliti memperkenalkan diri
- 2) Peneliti menjelaskan tujuan dan meminta izin pada responden, kepada responden yang setuju kemudian diberi kuesioner
- 3) Saat memberikan kuesioner pada responden, peneliti membacakan petunjuk pengisian dan memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya apabila ada pertanyaan ataupun petunjuk yang kurang dimengerti.
- 4) Peneliti juga menawarkan untuk membacakan serta mengisikan kuesioner sesuai dengan permintaan responden bagi responden yang kurang bisa membaca ataupun menulis.
- 5) Apabila terdapat jawaban yang kurang lengkap peneliti meminta responden untuk melengkapi saat itu juga, selain itu peneliti juga memeriksa jawaban responden dengan melihat informasi yang ada di rekam medis responden sehingga informasi yang di dapat oleh peneliti menjadi lebih lengkap.
- 6) Setelah responden selesai mengisi kuesioner selanjutnya peneliti mengumpulkan kuesioner dan melakukan pengecekan serta menghitung kuesioner.

H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Data dalam penelitian ini selanjutnya diolah melalui beberapa tahap pengolahan data, antara lain: ⁽⁴⁸⁾

a. Penyuntingan data (Editing)

Editing atau penyuntingan data perlu dilakukan oleh peneliti untuk memeriksa kembali setiap data yang dikumpulkan oleh responden. Peneliti melakukan *editing* di tempat pengumpulan data untuk memeriksa jika ada kekurangan data dalam kuesioner. Peneliti memeriksa informasi yang diberikan oleh responden dengan cara melihat rekam medik klien sehingga data yang kurang lengkap maupun yang kurang tepat dapat diperbaiki.

b. Pemberian kode (coding)

Coding adalah, mengklasifikasikan jawaban – jawaban dari responden sesuai dengan jenis atau kategorinya. Peneliti melakukan *coding* dengan cara memberi kode berupa angka pada masing-masing jawaban, selanjutnya dimasukkan dalam tabel kerja supaya mempermudah pembacaan. Peneliti menggunakan kode angka 1 sampai dengan 67 untuk menggantikan nama responden, hal ini sesuai dengan prinsip *anonymity* yang telah disepakati.

Dalam penelitian ini pemberian kode pada kuesioner meliputi :

1) Kuesioner A

a) Usia untuk 17-21 tahun diberi kode 1, 21-40 tahun diberi kode 2, 40-60 tahun diberi kode 3, dan 60-80 tahun diberi kode 4.

b) Jenis Kelamin untuk laki-laki diberi kode 1 dan perempuan diberi kode 2.

- c) Tingkat pendidikan untuk tidak sekolah diberi kode 1, SD sederajat diberi kode 2, SMP sederajat diberi kode 3, SMA sederajat diberi kode 4, dan Akademi / PT diberi kode 5.
- d) Status Pernikahan untuk belum menikah diberi kode 1, menikah diberi kode 2, dan duda/janda (sudah bercerai) diberi kode 3.
- e) Jenis halusinasi untuk memilih diberi kode 1.
- f) Waktu terjadi halusinasi, untuk pagi hari diberi kode 1, siang hari diberi kode 2, sore hari diberi kode 3, malam hari diberi kode 4, dan tidak tentu diberi kode 5.
- g) Frekuensi terjadi halusinasi, untuk sesekali (1x) diberi kode 1, sering (< 5x) diberi kode 2, dan tiap waktu (> 5x) diberi kode 3.
- h) Durasi terjadi halusinasi, untuk 1-30 menit diberi kode 1, 31-60 menit diberi kode 2, lebih dari 60 menit (> 60 menit) diberi kode 3.
- i) Perasaan responden saat mengalami halusinasi, untuk memilih diberi kode 1.

2) Kuesioner B

Kuesioner manajemen halusinasi 3 item pertanyaan, terbagi atas manajemen halusinasi, tingkat keefektivan manajemen halusinasi dan sumber manajemen halusinasi.

- a) Manajemen halusinasi, untuk memilih diberi kode 1.
 - b) Tingkat efektivitas manajemen halusinasi, untuk memilih diberi kode 1.
 - c) Sumber manajemen halusinasi, untuk inisiatif sendiri diberi kode 1, perawat diberi kode 2, dokter diberi kode 3, keluarga diberi kode 4, teman diberi kode 5 dan sesama pasien diberi kode 6.
- c. Memasukan data (data entry) atau prosesing
- Peneliti melakukan proses entry data atau memasukan data berupa jawaban-jawaban dari setiap responden yang telah diberikan kode dalam bentuk (angka atau huruf) kedalam program statistik pengolah data atau *software* computer.
- d. Pembersihan data (cleaning)
- Peneliti melakukan pengecekan ulang untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, selanjutnya peneliti melakukan pembetulan atau koreksi terhadap data – data tersebut.

2. Analisis data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat merupakan analisis untuk mengetahui interaksi satu variabel, data yang diperoleh dari hasil pengumpulan dapat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, persentase, ukuran tendensi sentral maupun grafik.⁽⁴⁹⁾

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, dengan cara distribusi frekuensi dan tabel yang diinterpretasikan untuk menjawab tujuan penelitian.

I. Etika Penelitian

Secara Internasional telah disepakati bahwa penerapan etik penelitian (EP) kesehatan adalah sebagai berikut : ⁽³⁹⁾ ⁽⁵⁰⁾

1. Menghormati seseorang (*Respect for person*)

Peneliti menghormati subyek penelitian (responden) dengan menghormati hak responden apabila responden menolak untuk terlibat dalam penelitian.

2. Manfaat (*Beneficience*)

Peneliti memberikan informasi tentang manajemen halusinasi kepada responden yang menanyakan hal – hal terkait penelitian.

3. Tidak Membahayakan Seseorang (*Non maleficience*)

Peneliti memperhatikan hal – hal yang dapat membahayakan ataupun merugikan responden, mulai dari awal penelitian hingga selesai penelitian.

4. Keadilan (*Justice*)

Peneliti dalam memberikan perlakuan terhadap responden adalah sama, tidak membedakan antara responden yang satu dengan yang lain. Responden dalam penelitian ini adalah klien yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo. Selama proses

penelitian berlangsung, peneliti memberikan perlakuan yang sama pada semua responden dan tidak ada yang menerima perlakuan khusus.

5. Tanpa nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur penelitian, tujuannya untuk menjaga kerahasiaan responden. Peneliti hanya menuliskan kode angka pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian saat data disajikan.

6. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya, peneliti hanya menunjukkan hasil dari olah data berupa data demografi, karakteristik halusinasi dan data manajemen halusinasi, tingkat keefektifan manajemen halusinasi dan sumber manajemen halusinasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Halgin R.P & Whitbourne S.K. 2012. Abnormal Psychology : Clinical Perspective on Psychological Disorders, 7th Edition. USA : The McGraw-Hill Companies.
2. WHO. Schizophrenia [Internet]. 2014. [cited 2014 November 05]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
3. Shives L.R. 2007. Basic Concept of psychiatric – Mental Health Nursing, 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
4. Riset Kesehatan Dasar. 2013. [Internet]. 2014. [cited 2014 November 12]. Available from : www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf
5. Lukitasari P, & Ns. Eni Hidayati. Perbedaan Pengetahuan Keluarga tentang Cara Merawat Pasien Sebelum dan Sesudah Kegiatan Family Gathering pada Halusinasi dengan Klien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang. Keperawatan Jiwa. 2013;1:18 – 24.
6. Raharjo A.B, Rochmawati D.H, & Purnomo. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang. 2014; 1 – 7.

7. Halgin R.P & Whitbourne S.K. 2010. *Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis (Ed.6)*. Penerjemah Aliya Tusya, dkk. Jakarta: SALEMBA EMPAT
8. Videbeck S.I. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa: Psikiatrik Mental Health of Nursing*. Penerjemah Renata Komalasari, Afriana Hany. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
9. Davies, Teifion. 2009. *ABC Kesehatan Mental* ; alih bahasa, Alifa Dimanti. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
10. Purba J.M, Wahyuni S.E, Nasution M.L & Daulay W. 2008. Asuhan Keperawatan pada klien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa. [internet]. Universitas Sumatra Utara. 2008. Available from: http://usupress.usu.ac.id/files/Asuhan%20Keperawatan%20pada%20Klien%20dengan%20Masalah%20Psikososial%20dan%20Gangguan%20Jiwa_Final.pdf
11. Dinas Kesehatan Jawa Tengah. 2012. [Internet]. 2015. [cited 2015 Maret 10]. Available from : <http://profil.dinkesjatengprov.go.id/v2012/>
12. Yosep, Iyus. 2010. *Keperawatan Jiwa (edisi revisi)*. Bandung: PT. Refika Aditama
13. Chaery I. TAK: Persepsi Sensori [Internet]. 2009. Available from: <http://www.schizophrenia.com>
14. Tsai, Yun-Fang & Ku, Yan-Chiou. Self-Care Symptom management Strategies for Auditory Hallucinations Among Inpatients with

- Schizophrenia at a Veterans' Hospital in Taiwan. *Psychiatric Nursing*. 2005; 19 (4): 194 – 199.
15. Suryani. Pengalaman Penderita Skizofrenia tentang Proses terjadinya Halusinasi. 2013; 1 (1): 1 – 9.
 16. Wijayanti, Diyan. 2011. Modul Keperawatan Kesehatan Jiwa study guide.
 17. Siti Fa'izah. Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Studi Kasus*. 2013; (1 – 47).
 18. Faiza & Abu Bakar S. Penerapan Strategi Pelaksanaan Keperawatan pada Pasien Halusinasi Pendengaran di Ruang Merpati Rumah Sakit Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan. 2012; 3 – 4.
 19. Davison G.C., dkk. 2006. *Psikologi Abnormal* (edisi ke-9). Penerjemah Noermala Fajar. Jakarta: Raja Grafindo Persada
 20. Sinaga B.R. 2007. *Skizofrenia & Diagnosis Banding*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
 21. Maslim Rusdi. 2001. *Buku saku Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.
 22. Katona C, dkk. 2012. *At a Glance psikiatri*. Edisi ke-4. Penerjemah Noviyanti Cut. Jakarta: Erlangga.
 23. DSM-IV Taskforce. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision, 4th Ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

24. Maramis W.F. 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Ed. 9 Surabaya: Airlangga University Press
25. Stuart G.W. 2007. Buku saku Keperawatan Jiwa ; alih bahasa, Ramona P, Egi K. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
26. Townsend M.C. 1998. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri*. Edisi 3; alih bahasa, Nona, CD. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
27. Keliat B.A. 2006. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
28. NANDA. 2010. *Nursing Diagnoses: Definition and Classification 2009-2011*; alih bahasa, Made Sumarwati, dkk. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
29. Dalami E., dkk. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Trans Media.
30. Shives L.R. 2007. *Basic Concept of psychiatric – Mental Health Nursing*, 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
31. Carolina. Pengaruh Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2008.
32. Purba J.M, Wahyuni S.E, Nasution M.L, & Daulay W. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan: USU Press. 2009.

33. Bulechek G.M & Dochteeman J.M. 2008. Nursing Interventions Classification (NIC). 5th Edition. USA : Mosby Elsevier.
34. Sri E.K, Budi A.K, Yusron & Herni Susanti. Penurunan Halusinasi pada Klien Jiwa Melalui *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. Jurnal Keperawatan Indonesia. 2011; 14 (3): 185 – 192.
35. Aksi M.Q, Anjas S & Ulfa N. Pengaruh Terapi Aktivitas kelompok Orientasi Realitas Sesi I-III Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi pada Klien Halusinasi di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. 2013; 1 – 10.
36. Retno Twistiandayani & Amila Widati. Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi pada Pasien Skizofrenia. 2013; 240 – 242.
37. Dwy W.R, Dahrianis & Muhammad Nur. Hubungan Ketrelibatan Keluarga Terhadap kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Samata Kabupaten Gowa. 2013; 3 (3): 30 – 36.
38. Subana M.S. 2011. *Dasar-Dasar Penelitian Ilmiah*. Bandung: Pustaka Setia
39. Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
40. Sugiono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

41. Sastroasmoro S & Sofyan I. 2011. Dasar - dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-4. Jakarta: Sagung Seto.
42. Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
43. Swarjana I.K. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi I*. Yogyakarta: ANDI
44. Sastroasmoro S & Sofyan I. 2014. Dasar - dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-5. Jakarta: Sagung Seto.
45. Rangkuti F. 2002. The Power of brands: teknik mengelola brand equity dan strategiperkembangan mereka + analisis kasus dengan SPSS. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
46. Riyanto A. 2009. Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
47. Azwar, Saifuddin. 2012. Reliabilitas dan Validitas. Edisi 4. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
48. Lusiana N., dkk. 2015. Buku Ajar Metodologi Penelitian Kebidanan. Edisi ke-1. Yogyakarta: Penerbit Deepublish
49. Saryono. 2008. Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
50. DepKes. Komisi Etik Penelitian Kesehatan [Internet]. 2015. [cited 2015 April 09]. Available from : <http://www.knepk.litbang.depkes.go.id/2014/pedoman/>

51. Tajudin, Ahmad. Gambaran Tingkat Spiritualitas pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Poliklinik Rawat Jalan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. 2014; 54.
52. Handayani D, Sriati A & Widiyanti E. Tingkat Kemandirian pasien mengontrol halusinasi setelah terapi aktivitas kelompok. 2013;1(1):56 – 62.
53. Hurlock, E.B. 2003. Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan; alih bahasa, Istiwidayanti, Soedjarwo. Ed. 5. Jakarta: Erlangga
54. Pieter Z.H & Namora. 2010. Pengantar Psikologi dalam Keperawatan. Jakarta: Kencana.
55. Riyadi S & Purwanto T. 2009. Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Graha Ilmu
56. Dewi S, Elvira S.D, Budiman R. Gambaran Kebutuhan Hidup Penyandang Skizofrenia. J Indon Med Assoc. 2013;63:84-90.
57. Kaplan & Saddock. 2008. Sinopsis psikiatri. Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Jakarta: Binarupa Aksara.
58. Rabba E.P, Dahrianis, Raul S.P. Hubungan antara pasien halusinasi pendengaran terhadap resiko perilaku kekerasan diruang kenari RS. Khusus daerah provinsi Sul-Sel. Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis. 2014;4(4):470-475.

59. Purba T, Nauli F.A, Utami S. Pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi terhadap kemampuan pasien mengontrol halusinasi di RSJ Tampan Provinsi Riau. 2014.
60. Jusliani & Sudirman. Pengaruh penerapan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan halusinasi klien terhadap kemampuan mengontrol halusinasi di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis. 2014;5(2):248-253.
61. Hawari D. 2006. Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
62. Fadli S.M & Mitra. Pengetahuan dan ekspresi emosi keluarga serta frekuensi kekambuhan penderita skizofrenia. 2012;466-470.
63. Christy L.M. Relapse in scizophrenia. Med Bull [serial on the internet]. 2011; 16 (5): 8-9 [cited 2015 Aug 15]. Available from: www.fmshk.org/-database/article/03mb2.19.pdf.
64. Wahyuni S, Yuliet S.N, Elita V. Hubungan lama hari rawat dengan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi. Jurnal ners Indonesia. 2011;1: 69-76.
65. Rasmun. 2009. Keperawatan kesehatan mental psikiatri terintegrasi dengan keluarga. Jakarta : CV Sagung Seto.
66. Khasanah D.N. Studi kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di Ruang Srikandi RSJD Surakarta. 2013.

67. Upoyo A.S & Suryanto. Efforts to control hallucination by group activity therapy of perception stimulation in sakura ward Banyumas hospital. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 2008;3(3):108-113.
68. Yosep, Iyus. 2010. Keperawatan Jiwa (edisi revisi). Bandung: PT. Refika Aditama
69. Tsai Y.F & Chen C.Y. (in review). Self-Care Symptom management Strategies for Auditory Hallucinations Among Inpatients with Schizophrenia in Taiwan. *Applied Nursing Research*.
70. Stuart G.W & Laraia. 2005. Prinsip dan Praktek Keperawatan Psikiatri; alih bahasa, Budi Santosa. Ed. 8. Philadelphia : Mosby Book INC
71. Rasmun, S.Kp. 2004. Stres, Koping dan Adaptasi (Teori dan Ponon Keperawatan). Jakarta: Sagung Seta.